

**2026 RED Programs Summer Program
(Australia)**

Student Application Form (プログラム参加申込書)

未記入がないよう全項目ご記入ください。英語で記入する箇所はブロック体でご記入ください。

書類提出締め切り：2026年4月20日（月）15時まで

Student name (パスポート表記) *		<div>写 真 (3ヵ月以内に撮影したもの) Please put your photo here.</div>
氏名 (漢字)		
Date of birth(生年月日)	mm / dd / yyyy (月 / 日 / 年) ____ / ____ / _____	
Gender (性別)	<input type="checkbox"/> Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性 <input type="checkbox"/> Other その他	
Blood type (血液型)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> Not Sure	
学校名/ <u>渡航時</u> の学年		
現住所		
電話番号		
保護者氏名		
保護者の携帯電話		
保護者E-mail (<u>携帯メール不可</u>)		
生徒E-mail (<u>携帯メール不可、武蔵生はjhから始まるメールアドレス</u>)		
英語力 (TOEFL, IELTS, 英検などのスコアや級)		

*パスポート未取得の方は、申請予定のフルネームのアルファベット表記をご記入ください。また、早急に取得申請をお願いします。

アレルギー、既往症、服薬等に関し、下記の□にチェック (✓) を入れ、その症状と症状が出た際の対処方法を明確にご記入下さい。

※重度のアレルギーや持病がある場合、医師からの英文診断書の提出が必要となりますのでご了承ください。

アレルギー	<input type="checkbox"/> NO (無) <input type="checkbox"/> YES (有)
	アナフィラキシーの既往： <input type="checkbox"/> NO (無) <input type="checkbox"/> YES (有) エピペンの使用 <input type="checkbox"/> NO (無) <input type="checkbox"/> YES (有) アレルギー原因： 症状と対処法：
持病・怪我などについて	<input type="checkbox"/> NO (無) <input type="checkbox"/> YES (有)
	病名： 症状： 処置方法・留意事項：
服薬など	<input type="checkbox"/> NO (無) <input type="checkbox"/> YES (有)
	薬名： 服用理由： 服用時間： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他() 留意事項：

その他配慮が必要なことや、事務局・引率者に伝えておきたいことなどがありましたら、記入してください。

提出先：武蔵学園REDプログラム推進センター