

中学生招へいプログラムに係る研修員応募書類様式

《引率者用》

- ☐ 身上書（様式第 5 号）
- ☐ 小論文（様式第 6 号）
- ☐ 誓約書（様式第 7 号）
- ☐ 病歴申告書（様式 4 号）

第二次選考に合格された方のみ下記書類を提出してください。

- ☐ 肖像権および個人情報使用承諾書

Relação de Formulários para inscrição no Intercâmbio para Estudantes de Ensino Fundamental

《Inscrição para professores monitores / monitor de saúde e segurança>》

- ☐ Formulário 5: Informações do candidato
- ☐ Formulário 6: Redação
- ☐ Formulário 7: Termo de compromisso
- ☐ Formulário 4: Declaração de histórico médico

Somente aqueles que forem aprovados na segunda fase da seleção:

- ☐ Formulário de autorização de uso de image: Consent Form concerning the Usage of Likeness and Personal Information in JICA's Publication Media and Reports

「日系社会次世代育成研修（中学生招へいプログラム）」

身上書（引率者用）

年 月 日現在

写真貼付 4.5cm×3.5cm 裏面に氏名・国名 を記入	ふりがな	姓 名		男 ・ 女	
	氏 名			国 籍 (渡航時使用旅券の国籍)	
	氏 名 (アルファベット)	※アルファベットは旅券（またはIDカード）記載のとおりに記入			
	生 年 月 日	年 月 日（研修初日の年齢 歳）			
	出 生 地	※日系の方のみ（日系 世）			
	パスポート番号 またはID番号				

本籍地（1世の方） または出身地		管轄在外 公館名	在		
			日本国	大使館・総領事館・領事館	
現 住 所 (現地語で記入)	州/県		市/郡		
	TEL:		Eメール:		
職業・役職					
職 歴 (ボランティア含む)					
日 本 語 能 力	A:よくできる B:できる C:少しできる D:あまりできない				
	取得資格: (資格名) (スコア等)				
英 語 能 力	A:よくできる B:できる C:少しできる D:あまりできない				
	取得資格: (資格名) (スコア等)				
本邦研修経験の有無 (JICA研修以外も含む)	無/有	有の場合 年 月 日～ 年 月 日	研修を受講		
親・兄弟・姉妹の 本邦研修経験の有無	無/有	有の場合	が	年度	研修を受講
家 族 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職業および勤務先・学校名	同居・別居
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別

独立行政法人国際協力機構 理事長 殿

私は、貴機構の日系社会次世代育成研修（中学生招へいプログラム）の引率者に選出された場合には、下記事項を遵守し責任をもって引率業務を遂行することを誓約いたします。

記

1. 日本国の法令及び研修実施機関の諸規則を遵守し、行動すること。
2. 貴機構の指示及び決定に従うこと。
3. 自らの責に帰する理由によって第三者に損害又は傷害を与えた場合には、自己の責任においてその解決にあたり、それに要する費用は自己負担すること。
4. 次の事項の一に該当すると認められ、引率業務の停止を命ぜられた場合は、その命に従い自費で帰国すること。
 - (1) 故意、重大な過失又は怠慢等により、引率業務の継続が不可能になったとき。
 - (2) 自らの都合により引率業務を中断したとき。
 - (3) 社会の秩序を乱す行為をしたとき。
 - (4) 貴機構の指示及び決定に従わなかったとき。
5. 本邦滞在中及び帰国後、貴機構の指示により業務報告書を提出すること。
6. 引率業務に必要な経費として貴機構の規程で定められた経費以外の費用については、すべて自己負担すること。
7. 往復の渡航期間及び研修期間中に不慮の事故・怪我・病気等があった場合の応急処置、医療行為等については貴機構、及び貴機構指定の医療機関に一任すること。また、予め研修参加に際して付保された海外旅行傷害保険の補償内容を超える経費については自己負担すること。
8. 往復の渡航期間及び研修期間中に不慮の事故・怪我・病気を含む緊急事態が発生した場合の緊急連絡のため、緊急連絡先情報を貴機構、及び研修業務委託先機関へ提供すること。
9. 本誓約一同意書の成立及び効力、並びに貴機構と引率者との間の法律関係は、日本法に従って解釈又は判断なされるものとする。

以上

年 月 日

氏 名: _____

現住所: _____

病歴申告書 MEDICAL HISTORY

本人または親権者が記入してください。日本語又は英語で明瞭に記入してください。
To be completed by the applicant or trainees. Please fill out in JAPANESE or ENGLISH 署名欄は必ず自筆してください。Signature must be in your own handwriting

氏名/FULL NAME

☐男/M

姓/Surname :

☐女/F

名/Given Name :

☐他/Non-binary

生年月日/DATE OF BIRTH

日/Date : 月/Month : 年/Year :

1. 現在の病状/Present Medical Status

(a) 現在、病気のために薬の服用または医師による定期診察を受けていますか。
Do you currently use any medicine or have regular medical checkup by a physician for your illness?

☐いいえ/No

☐はい/Yes

病名/Name of Disease ()

薬名/Medication ()

「はい」の場合、日本語または英語の医師による診断書を添付してください。
If YES, please attach your doctor's letter (written in English) that describes current status of your illness and agreement to join the program.

(b) 薬または食べ物のアレルギー等がありますか。

Are you allergic to any medication, food etc.?

☐いいえ/No

☐はい/Yes

アレルギーのある薬または食べ物等/Name of medication/food you are allergic to()

アレルギーの程度、過去の状況、薬の所持について詳細に記載してください。Please indicate in detail the degree of allergy, past conditions, and possession of medications etc.

()

(c) 障がいのために必要とされる追加支援または設備を記載してください。

Please indicate any needs arising from disabilities that might necessitate additional support or facilities

☐ 不要 ／No	☐ 必要／Yes () ※障害の有無は障害者を研修参加から排除するものではありません。 しかしながら、状況に応じて JICA からあなたの障害について詳しい質問を受ける場合があります。 ※Disability does not lead to exclusion of persons with disability from the program. However, upon the situation, you may be directly inquired by the JICA official in charge for a more detailed account of your condition.
------------------------------------	--

2. 過去の病歴／Past Medical History

現在、病気の治療、薬の服用または医師による定期診察を受けている場合には必ず 1. の「現在の病状」に記載してください。If you are currently receiving treatment for an illness, taking medication, or receiving regular medical care, please list in 1. 'Present Medical Status'

(a) これまでに心臓、肝臓、腎臓疾患等の重大または深刻な病気にかかったことがありますか。 Have you had any illness such as heart, hepatic, kidney disease, etc.?	
☐ いいえ／No	☐ はい／Yes 病名／Please specify ()

(b) あなた自身またはあなたの家族が結核の診断を受けたことがありますか。 Have you or/and your family members had tuberculosis?	
☐ いいえ／No	☐ はい／Yes 誰が、いつ／Please specify, who /when ()

(c) メンタルクリニックまたは精神科医の治療を受けたことがありますか。 Have you ever been a patient in a mental clinic or been treated by a psychiatrist?	
☐ いいえ／No	☐ はい／Yes 病名／Please specify ()

(d) これまでに睡眠障害、摂食障害、その他の適応障害がありましたか。 Have you ever had any sleeping, eating or other disorders?	
☐ いいえ／No	☐ はい／Yes 詳細／Please specify ()

(e) 過去 3 ヶ月間に次のような症状がありましたか。咳・痰・喀血・就寝時発汗・体重減少・発熱

Have you had any of the following symptoms in the past 3 months?

Cough・Phlegm・Hemoptysis・Sweating in sleep・Weight loss・Fever

☐ いいえ／No	☐ はい／Yes 症状があった場合、病院で診断を受けましたか？病院で受診した際に診断名がありますか？ If you had symptoms, were you diagnosed at a hospital? その後症状が快復したかどうか記載してください。 Please indicate whether the symptoms have recovered since then. ()
---------------------------------	--

3. その他健康面の懸念／Other Medical Issues

1～2 に記載されていないものがあれば、記載してください。

If you have any medical issues/conditions that are not described above, please indicate below.

4. 研修員の身長及び体重/Hight and Weight (引率者記入不要)

身長 Hight (Kg)	体重 Weight (m)

【研修員記入欄】

私は、上記の設問を読み、全ての質問に正直かつ私の知りうる限りすべて回答したことを証します。

私は、申告しなかった病歴により生じた健康状態が JICA により補償されず、研修中止に至ることを理解し、受け入れます。

私は来日研修に参加した場合、この申告書が研修関係者に確認されることを理解しました。

I certify that I have read the above instructions and answered all questions truthfully and completely to the best of my knowledge.

I understand that medical conditions resulting from pre-existing conditions will

not be financially compensated by JICA and may be a reason for termination of the program.

I understand that this Medical History will be checked by the people who are engaged in the program during my stay in Japan.

日付／Date : _____ 署名／Signature : _____

氏名／Print Name : _____

【未成年者の保護者記入欄】

私は、上記の設問を読み、全ての質問に正直かつ私の知りうる限りすべて回答したことを証します。

私は、私の子供について申告しなかった病歴により生じた健康状態が JICA により補償されず、研修中止に至ることを理解し、受け入れます。

私は、私の子供が来日研修に参加した場合、この申告書が本研修関係者に確認されることを理解しました。

I certify that I have read the above instructions and answered all questions truthfully and completely to the best of my knowledge.

I understand that medical conditions resulting from pre-existing conditions will not be financially compensated by JICA and may be a reason for termination of the program.

I understand that this Medical History will be checked by the people who are engaged in the program during my stay in Japan.

日付／Date : _____ 署名／Signature : _____

氏名／Print Name : _____

続柄／Relationship : _____

※ 本様式提出後に健康状況に変化が生じたときは JICA 事務所のスタッフへ連絡してください。

※ Please notify JICA staff upon any changes in your health condition after submission of the form.

以上／END

JICA 各種広報媒体および各種報告書における肖像権使用および個人情報利用承諾書 について

日系社会次世代育成研修プログラムの中で、オンライン参加画面を含め、参加者の写真および動画の撮影を行い、広報用に使用・利用します。

写真、動画および個人情報（所属先、氏名）の使用目的等は下記のとおりです。内容をご確認のうえ、肖像権使用および個人情報利用のご承諾をいただけますようお願いいたします。

なおご承諾いただけない場合でも、研修プログラムへの参加には一切支障ございません。

記

1. 主な使用・利用目的

- ・ JICA が管理・運用するウェブサイト上での使用・利用（電子データ）
 - ・ JICA の出版物（広報誌・年次報告書・機関誌等）への掲載（印刷物、および電子データ）
 - ・ 内部・外部向けの報告書への掲載（印刷物および電子データ）
 - ・ JICA の活動を広報したり、参加者を募集したりするための制作物（パンフレット・チラシ・リーフレット・フライヤー・ポスター等）への掲載（印刷物および電子データ）
 - ・ JICA が運営するソーシャルメディア公式アカウント（詳細は JICA ホームページ（<http://www.jica.go.jp/>）の「JICA ソーシャルメディア公式アカウント一覧」をご覧ください。なお、適時更新されます。以下同じ）上での、JICA による（写真／動画が撮影された）行事に関する投稿等
 - ・ JICA が運営するソーシャルメディア公式アカウント上のデザインを構成するパーツやイメージ素材
- なお、上記ソーシャルメディア公式アカウントにおける各使用に際しては、JICA ソーシャルメディアポリシー及び各ソーシャルメディア運営会社の利用規約等に従うものとします。

2. 使用時期

JICA 事業の広報のために使用するため、JICA が事業を実施する間、必要に応じて使用させて頂く予定です。

3. その他

撮影した写真、画像および個人情報（所属先、氏名）を営利目的で使用することはありません。

以上

肖像権使用および個人情報利用承諾書（研修員用）

私 _____ は、私の肖像が含まれる写真、動画および個人情報（所属先、氏名）を、JICA が上記目的で使用・利用・公開することを承諾し下記に署名します。なお、肖像権使用および個人情報利用に係る対価は求めません。

また、私は、JICA ソーシャルメディアポリシー及び「JICA ソーシャルメディア公式アカウント一覧」を確認したうえで、私の肖像が含まれる写真、動画および個人情報（所属先、氏名）を、「JICA ソーシャルメディア公式アカウント」において JICA が使用・利用するに際しては、各ソーシャルメディア運営会社の利用規約並びに個人情報保護関連関連法令・規定等に従うことを了承します。

年月日 年 月 日

住所 _____

連絡先（e-mail／TEL） _____

所属先 _____

氏名（署名） _____

※提出された個人情報は、一定期間 JICA 中南米部、横浜センター、各在外事務所 にて保管されます。

※本書における個人情報（住所および連絡先）は、本人の承諾なしに第三者に対し開示されることはありません。

<参考>

JICA ソーシャルメディアポリシー

<https://www.jica.go.jp/policy/social.html>

JICA ソーシャルメディア公式アカウント

<https://www.jica.go.jp/social/index.html>

個人情報保護関連関連法令・規定等

<https://www.jica.go.jp/disc/personal/laws/index.html>

Conteúdo dos formulários traduzidos para o português

➡ Somente para consulta, o
preenchimento deverá ser
feito nos formulários em
japonês

Ao presidente da Agência de Cooperação Internacional do Japão

Caso eu seja selecionado para ser condutor de grupo do Programa de Formação da Geração Futura da Comunidade Nikkei (Programa de convite para estudantes do Ensino Fundamental II) de sua organização, comprometo-me a cumprir os assuntos abaixo e desempenhar minhas funções de condutor de grupo com responsabilidade.

1. Cumprir e agir de acordo com as leis e regulamentos japoneses e as regras da organização realizadora do treinamento.
2. Cumprir as instruções e decisões de sua organização.
3. Caso venha a causar danos ou lesões a terceiros por motivos atribuíveis a si próprio, tentar resolver a questão sob a própria responsabilidade, assim como arcar com os custos necessários.
4. Quando se enquadrar em um dos itens abaixo e for ordenado a suspender os serviços de condutor, devo cumprir a ordem e voltar para o país às próprias custas.
 - (1) Quando a continuação do serviço de condutor se tornar impossível devido aos atos intencionais, negligência grave ou a imprudência;
 - (2) Quando interromper o serviço de condutor por conveniência própria;
 - (3) Quando cometer um ato que venha perturbar a ordem social;
 - (4) Quando não seguir as regras, instruções e decisões da sua organização.
5. Apresentar relatório de trabalho durante a estadia no Japão e após retorno ao país, conforme a instrução da sua organização.
6. Todas as despesas além daquelas estipuladas nos regulamentos da sua organização como despesas do trabalho de condução deverão ser pagas com recursos próprios.
7. Em caso de acidentes, lesões ou doenças imprevistas durante a viagem de ida e volta e no período de treinamento, os primeiros socorros e o procedimento médico devem ser confiados à sua organização e à instituição médica designada pela sua organização. Além disso, quaisquer despesas que excedam a cobertura do seguro de viagem que foi fornecido antecipadamente para a participação no treinamento deverão ser pagos com recursos próprios.
8. Fornecer as informações de contato para a sua organização e para a organização contratada para o treinamento, para manter contato em casos de emergência quando ocorrer um acidente, lesão ou doença imprevista durante a viagem de ida e volta e durante o período de treinamento.
9. O estabelecimento e eficácia deste termo de compromisso/acordo, bem como a relação jurídica entre a sua organização e o condutor de grupo, serão interpretados ou determinados de acordo com a lei japonesa.

Data:

Nome: _____

Endereço atual: _____

Documento
Referencia