

|     |  |   |  |   |  |   |
|-----|--|---|--|---|--|---|
| 申請日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|-----|--|---|--|---|--|---|

## キャンプフォスター・レスター拝所等立入申請書

REQUEST FORM FOR ENTRY TO CAMP FOSTER OR CAMP LESTER TO VISIT TOMBS, SHRINES AND SACARED TITES

|                                                 |                                                      |      |                                                 |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|------------------|---|----|--|---|
| 立入希望日時/時間<br>Date & Time of the visit           | 第 1 希望                                               |      | 年                                               |                          | 月                                         |                          | 日                |   | 時～ |  | 時 |
|                                                 | 第 2 希望                                               |      | 年                                               |                          | 月                                         |                          | 日                |   | 時～ |  | 時 |
| 立入箇所 (該当に✓)<br>Name of Installation to be visit | <input type="checkbox"/> 1 北谷長老山<br>Chatan Choroyama |      | <input type="checkbox"/> 2 北谷城→<br>Chatangusuku |                          | 各希望日内の →<br>滞在時間を記入                       |                          | 第 1 希望<br>第 2 希望 |   | 時～ |  | 時 |
|                                                 | <input type="checkbox"/> 3 安仁屋城 Aniyagusuku          |      | <input type="checkbox"/> 4 ヒルザン Hiruzan         |                          | <input type="checkbox"/> 5 チブガー Chibuga   |                          |                  |   |    |  |   |
|                                                 | <input type="checkbox"/> 6 奈留川 Narukawa              |      | <input type="checkbox"/> 7 火神 Hinokan           |                          | <input type="checkbox"/> 8 旧墓/古墳 Old Tomb |                          |                  |   |    |  |   |
| 代表者氏名 POC's Name                                |                                                      |      | 入域者合計人数                                         |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
| 住所 Address                                      |                                                      |      |                                                 |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
| 電話番号                                            |                                                      |      | メールアドレス                                         |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
| パス受取方法 (該当に✓)                                   | <input type="checkbox"/> 1. 代表者がメールにて受取る             |      | <input type="checkbox"/> 2. 代表者がパス発行所へ受取りに行く    |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
| 訪問者情報                                           |                                                      |      |                                                 | チェックリスト (✓を付してから提出)      |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
|                                                 | 氏名 (カタカナのみ)                                          | 国籍   | 年齢                                              | 顔写真付 身分証                 | 本籍確認書類<br>パスポート/住民票                       | 身元調査書<br>(英語)            | 備考欄              |   |    |  |   |
| 1                                               |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 2                                               |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 3                                               |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 4                                               |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 5                                               |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 6                                               |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 7                                               |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 8                                               |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 9                                               |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 10                                              |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 11                                              |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 12                                              |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 13                                              |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 14                                              |                                                      |      |                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |                  |   |    |  |   |
| 車 両 情 報                                         |                                                      |      |                                                 |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
| 運転者氏名 (カタカナのみ)                                  |                                                      | メーカー | 車 名                                             |                          | 車両番号                                      |                          |                  | 色 |    |  |   |
| 1                                               |                                                      |      |                                                 |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
| 2                                               |                                                      |      |                                                 |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
| 3                                               |                                                      |      |                                                 |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
| 4                                               |                                                      |      |                                                 |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |
| 5                                               |                                                      |      |                                                 |                          |                                           |                          |                  |   |    |  |   |

★つぎの2つのアドレスに同送してください：[michiko.nakahodo.ja@usmc.mil](mailto:michiko.nakahodo.ja@usmc.mil), [kichi-syougai@chatan.jp](mailto:kichi-syougai@chatan.jp)

**PRIVACY ACT STATEMENT: 個人情報保護法聲明書**

AUTHORITY: 10 U.S.C. 113, Secretary of Defense; DoD Directive 1000.25, DoD Personnel Identity Protection (PIP) Program; DoD Instruction 5200.08, Security of DoD Installations and Resources and the DoD Physical Security Review Board (PSRB); DoD 5200.08-R, Physical Security Program; DoD Directive 5200.27, Acquisition of Information Concerning Persons and Organizations not Affiliated with the Department of Defense (Exception to policy memos); Directive-Type Memorandum (DTM) 09-012, Interim Policy Guidance for DoD Physical Access Control; DTM 14-006, DoD Identity Management Capability Enterprise Services Application (IMESA) Access to FBI National Crime Information Center (NCIC) Files; and E.O. 9357 (SSN), as amended; OPNAVINST 5530.14E, Navy Physical Security and Law Enforcement Program; Marine Corps Order P538.14, Marine Corps Physical Security Program Manual; SORN/NMS5512-3 Badge and Access Control System Records and DMDC 16, Identity Management Engine for Security and Analysis (IMESA): <http://dcpidc.dod.mil/OpPrivacv/SORNNeindex>  
 参考文書: 10 U.S.C. 113, 国防法第 113 条、国防秘密情報保護法 (DoD) 防衛省規則第 1000.25、国防秘密個人情報保護 (PIP) 保護プログラム、国防秘密情報管理 5200.08、国防秘密軍事施設及び物理アクセスの管理、国防秘密情報安全環境調査委員会 (PSRB): 国防省規則 (DoD) 5200.08-R、物理的安全保護プログラム、国防省規則 5200.27、国防関係者に管轄外の人々および組織に関しての情報収集 (例外の公表)、指令タイプメモランダム 09-012、国防省物理セキュリティのアセスメントの暫定的方針ガイダンス、海軍省命令 5530.14E-006、金米連邦郵便サービス-OICPI 警察署員と国防総務省に關する情報管理の軍事サービスと公共生活、指令タイプメモランダム 14-006、国防省物理セキュリティのアセスメントの暫定的方針ガイダンス、海軍省命令 5530.14E、海軍省の安全及びシステム執行プログラム、海兵隊命令 5530.14、海兵隊物理的安全保障マニュアル、記録システム通知 NMS512-2、IDカードおよびアクセス制御システム記述および ODMC 16、安全管理者および分析家による管理エンジン (IMESA): <http://dcpidc.dod.mil/OpPrivacv/SORNNeindex>

**PURPOSE(S):** To control physical access to Department of Defense (DoD), Department of the Navy (DON) or U.S. Marine Corps installations/units controlled information, installations, facilities, or areas over which DoD, DON, or U.S. Marine Corps has security responsibilities by identifying or verifying an individual through the use of biometric databases and associated data processing/information services for designated populations for purposes of protecting U.S./Coalition/allied government/national security areas of responsibility and information; to issue badges, replace lost badges, and retrieve passes upon separation; to maintain visitor statistics; collect information to adjudicate access to facility; and track the entry/exit times of personnel. 目的：国防総省、米海軍、米空軍の軍事施設・部隊に出入りする者の管理、施設と設備、また国防総省、米海軍と米空軍の施設に安全責任を負う地域では安全責任のため、規定された人口の生体認証データベースと、それらに関連するデータベース、情報事業サービスを使用して特定の個人を認証し、米軍・連合国・連合政府・国家の情報と地域の安全保障を守るために、パスを発行、紛失したパスの再発行、承認の際のパスの回収、訪問者の統計、施設の入居許可の情報の提供、特定の入居時間の管理を行う。

**ROUTINE USE(S):** To designated contractors, Federal agencies, and foreign governments for the purpose of granting Navy officials access to their facility.

DISCLOSURE: Providing registration information is voluntary. Failure to provide requested information may result in denial of access to benefits, privileges, and DoD installations, facilities and buildings. 情報開示: 登録情報は任意。しかし要求された情報を提供しなかった場合、国防政府の施設、設備、設備への入場の利益と特権が拒否される。

|                 |                  |                        |                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. LAST NAME: 姓 | 2. FIRST NAME: 名 | 3. MIDDLE NAME: ミドルネーム | 4. NAME SUFFIX: 敬称<br><input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV |
|-----------------|------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. RACE 人種 (Check one or more): ☐ AMERICAN INDIAN or ALASKANATIVE (アメリカ・アラスカ先住民) ☐ ASIAN (アジア系) ☐ BLACK OR AFRICAN AMERICAN (黒人・アフリカ系アメリカ人) ☐ HISPANIC OR LATINO (スペイン・ラテンアメリカ系) ☐ NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER (ハワイ先住民・その他太平洋上の島民) ☐ WHITE (白人)

|                                                                                                                    |                                 |                                 |                                  |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>6. SEX 性別</b><br>(Check one): <input type="checkbox"/> <b>MALE</b> 男性 <input type="checkbox"/> <b>FEMALE</b> 女性 | <b>7. DATE OF BIRTH:</b><br>誕生日 | <b>8. CITY OF BIRTH:</b><br>出生地 | <b>9. STATE OF BIRTH:</b><br>出生州 | <b>10. BIRTH COUNTRY:</b><br>出生国 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

11. US CITIZEN (Check): ☐ YES はい ☐ NO いいえ

12. DUAL CITIZENSHIP 多重国籍 (Check): ☐ YES はい ☐ NO いいえ

CITIZENSHIP IF OTHER THAN US (Country):  
アメリカ国籍以外の場合 (国名):

**U.S. Citizen Minimum Documentation Required** アメリカ合衆国市民の最低必要書類:

**By Birth - Social Security No and/or State ID/Drivers License.** 米国出生者 - 社会保険番号か、州番号 / 運転免許証  
**Naturalized - Certification Number, Petition Number, Date, Place and Court, United States passport number, Social Security No and/or State ID/Drivers License.**  
 市民権取得者 - 証明番号、申請番号、日付、場所、法廷、米国パスポート番号、社会保険番号、もしくは州の身分証明書が運転免許証  
**Derived - Parent's certification number, Social Security No. and/or State ID/Drivers License.**  
 帰化市民の子 - 両親の証明番号、社会保険番号、もしくは州番号が運転免許証  
**Alien Minimum Documentation Required:** 在留外国人の必要書類:  
 Registration Number, Expiration date, Date of entry, Port of entry. 登録番号、有効期限、入国日、入国所

Registration Number, Expiration date, Date of entry, Port of entry. 申請番号、有効期限、入国日、入国所

| 13. IDENTITY SOURCE DOCUMENTS PRESENTED: 身分証明のための提出書類                              | 14. DOCUMENT NUMBER: 書類番号 | 15. ISSUED BY STATE/ COURT: 発行した州/裁判所 | 16. ISSUED BY COUNTRY: 発行した国 | 17. ISSUED: 発行日 | 18. EXPIRES: 有効期限 |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Social Security No.<br>社会保険番号                             |                           |                                       | United States<br>米国          |                 |                   |
| <input type="checkbox"/> State ID/Driver's License<br>州 ID/運転免許証                   |                           |                                       | United States<br>米国          |                 |                   |
| <input type="checkbox"/> Passport No.<br>パスポート番号                                   |                           |                                       |                              |                 |                   |
| <input type="checkbox"/> Certification Number and Petition Number<br>証明番号 請願番号     |                           |                                       |                              |                 |                   |
| <input type="checkbox"/> Derived - Parent's Certification Number: 帰化市民の子 - 両親の証明番号 |                           |                                       | United States<br>米国          |                 |                   |
| <input type="checkbox"/> Alien Registration No.<br>在留外国人登録番号                       |                           |                                       | United States<br>米国          |                 |                   |

Date of Entry:  
入国日Port of Entry:  
入国所

**OTHER APPROVED IDENTITY SOURCE DOCUMENTS:** その他認められている身分証明可能な書類

[illegible]

|                                              |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>19. WEIGHT 体重</b><br><b>(Pounds) ポンド:</b> | <b>20. HEIGHT 身長</b><br><b>(Inches) インチ:</b> | <b>21. HAIR COLOR 髪の色 (Check one) チェックを入れる:</b><br><input type="checkbox"/> Blond 金髪 <input type="checkbox"/> Brown 茶髪 <input type="checkbox"/> Black 黒髪 <input type="checkbox"/> Gray 白髪 <input type="checkbox"/> Red 赤毛<br><input type="checkbox"/> White 白髪 <input type="checkbox"/> Silver 銀髪 <input type="checkbox"/> Auburn 赤褐色 <input type="checkbox"/> Bald 抜け髪 | <b>22. EYE COLOR 瞳の色 (Check one) チェックを入れる:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Brown 茶 <input type="checkbox"/> Green 緑 <input type="checkbox"/> Blue 青 <input type="checkbox"/> Hazel ハシバミ色<br><input type="checkbox"/> Black 黒 <input type="checkbox"/> Gray 灰色 <input type="checkbox"/> Violet 紫 <input type="checkbox"/> Unknown 不明 |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**23. HOME ADDRESS (include city, state, zip code):** 住所 (郵便番号、県、市を含む) **HOME PHONE (include Area Code):** 電話番号 (市外局番を含む)

|                                                                               |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 24. BASE SPONSOR'S NAME: 基地内保証人の名前<br>CAMP SERVICES CAMP DIRECTOR Ricky Gates | SPONSOR PHONE (Include Area Code):<br>保証人の電話番号 (市外局番含む)<br>088-970-9317 12612 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

| EMPLOYMENT ACTIVITY INFORMATION 雇用状況情報                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>25. EMPLOYER NAME AND ADDRESS (Include city/state/zip code):</b><br>雇用者名と住所 (郵便番号、県、市を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                               | <b>EMPLOYER PHONE 雇用者の電話番号:</b><br>(Include Area code) (市外局番含む)                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| <b>26. SUPERVISOR NAME AND ADDRESS (Include city/state/zip code):</b> 責任者名と住所 (郵便番号、県、市を含む)<br><b>CAMP SERVICES CAMP DIRECTOR Ricky Gates</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                               | <b>SUPERVISOR PHONE 責任者電話番号:</b><br>(Include Area code) (市外局番含む)<br><b>098-970-7377/2612</b>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                         |
| <b>27. Check the applicable box for WORK HOURS box or check the OTHER box and enter the work hours, then check the applicable box for WORK DAYS:</b><br>該当する勤務時間を選択し、選択肢にない場合はOTHER (その他) にその時間を記入し、さらに該当するWORK DAYS (曜日) も選択する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| <b>WORK HOURS:</b> <input type="checkbox"/> 0600-1800 <input type="checkbox"/> 0800-1700 <input type="checkbox"/> OTHER _____<br>勤務時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                               | <b>WORK DAYS:</b> <input type="checkbox"/> SN (日) <input type="checkbox"/> M (月) <input type="checkbox"/> T (火) <input type="checkbox"/> W (水) <input type="checkbox"/> TH (木) <input type="checkbox"/> F (金) <input type="checkbox"/> ST (土)<br>勤務日 |                                                                                                                                                                                         |
| PRIOR FELONY CONVICTIONS 過去に犯した犯罪                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| <b>28. Have you ever been convicted of a Felony?</b> <input type="checkbox"/> YES はい <input type="checkbox"/> NO いいえ _____ Initial イニシャル                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| REQUIREMENT TO RETURN LOCAL POPULATION ID CARD 現地身分証を返却する為の責任事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| <b>29. I understand that I am required to return my Local Population Identification Card to the Base Pass Office when it expires or if my employment is terminated for any reason. (Initial) (イニシャル)</b><br>私は何らかの理由で雇用期間が終了もしくは現地身分証明証の有効期限が切れた場合、基地内入域許可証発行事務所はその身分証明証を必ず返却します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| AUTHORIZATION AND RELEASE AND CERTIFICATION 権限、免責と証明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| <b>30. I hereby authorize the DOD/DON and other authorized Federal agencies to obtain any information required from the Federal government and/or state agencies, including but not limited to, the Federal Bureau of Investigation (FBI), the Defense Security Service (DSS), the U.S. Department of Homeland Security (DHS).</b><br>私はここに、米国防務省・米国防務省とその他の認定されている連邦機関が必要とするあらゆる情報を連邦捜査局、国防安全保障局、合衆国土安全保障省などの連邦政府や各州当局から取得する事を許可します。<br><br>I have been notified of DON right to perform minimal vetting and fitness determination as a condition of access to DON installation/facilities. I understand that I may request a record identifier, the source of the record and that I may obtain records from the State Law Enforcement Office as may be available to me under the law. I also understand that this information will be treated as privileged and confidential information.<br>私は米国防務省の施設・建物内への入域の際、適性判断と最低限の調査が米国防務省の権限で行われる事を知らされています。私は州法執行機関より入手した記録と記録識別子を法のもとに私が入手出来ると理解しています。また、私はその情報を特権的な法情報として扱うべきであることを理解しています。<br><br>I release any individual, including records custodians, any component of the U.S. Government or the Individual State Criminal History Repository supplying information, from all liability for damages that may result on account of compliance, or any attempts to comply with this authorization. This release is binding, now and in the future, on my heirs, assigns, associates, and personal representative(s) of any nature. Copies of this authorization that show my signature are as valid as the original release signed by me. 私は法令遵守の結果による全ての損害賠償と、この権限を遵守する為のいかなる試みも、米国防務省または各州の連邦捜査所の情報提供責任者を含めたあらゆる個人から免除します。この免責は現在から将来に至るまで相続者、任命者、関連者、あらゆる性質の人格代理人に適用されます。この権限の複製は私の署名した原本の日付より有効です。<br><br><b>FALSE STATEMENTS ARE PUNISHABLE BY LAW AND COULD RESULT IN FINES AND/OR IMPRISONMENT UP TO FIVE YEARS.</b><br>虚偽陳述は法律によって5年の禁固刑または罰金に課せられます。<br><b>BEFORE SIGNING THIS FORM, REVIEW IT CAREFULLY TO MAKE SURE YOU HAVE ANSWERED ALL QUESTIONS FULLY AND CORRECTLY.</b><br>この様式に署名する前に、全ての質問に確実に正確に答えているか丁寧に確認します。<br><b>I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY THAT THE STATEMENTS MADE BY ME ON THIS FORM ARE TRUE, COMPLETE AND CORRECT.</b><br>私はこの様式の陳述が真実で完全で正確であることを、不実証罪における罰則および偽証罪の適用する条件のもとに宣言します。 |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| DATE _____<br>日付                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                               | SIGNATURE _____<br>署名                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                         |
| <b>FINAL DETERMINATION ON YOUR ACCESS:</b> The Base Commanding Officer has final authority for determination on granting physical access to DON controlled installations/facilities under his/her jurisdiction.<br>基地内入域の最終決定者: 米国防務省の管轄する施設と建物への入域の最終決定権は基地司令官にあります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| BELOW COMPLETED BY BASE REGISTRAR PERSON CONDUCTING IDENTITY PROOFING and NCIC CHECK<br>下記の項目は基地内記録管理員によって執行されるNCIC確認と身元確認により記入される                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| <b>31. INFORMATION VERIFIED BY:</b><br>情報確認者:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>32. ENTERED IN CIS SYSTEM BY:</b><br>情報記入者:                                                                                                                                | <b>33. PASS ISSUE DATE:</b><br>許可証発行日:                                                                                                                                                                                                               | <b>34. PASS EXPIRATION DATE:</b><br>許可証の満了日:                                                                                                                                            |
| <b>35. NCIC CHECK PERFORMED BY:</b><br>NCIC 確認実行者:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>36. RESULTS OF NCIC CHECK: NCIC確認の結果</b><br><input type="checkbox"/> NO RECORDS 記録なし <input type="checkbox"/> RECORDS IDENTIFIER 記録識別子あり<br><b>RECORDS NUMBER</b><br>記録番号: |                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>37. RESULTS OF LOCAL RECORDS CHECK:</b><br>現地記録の結果<br><input type="checkbox"/> NO RECORDS 記録なし <input type="checkbox"/> RECORDS IDENTIFIER 記録識別子あり<br><b>RECORDS NUMBER</b><br>記録番号: |
| <b>Office of Under Secretary of Defense, DoD Manual 5200.08 VOLUME 3, PHYSICAL SECURITY PROGRAM: "ACCESS TO DOD INSTALLATIONS," January 2, 2019. The DoD Manual requires DoD installation government representatives query the National Crime Information Center (NCIC) and Terrorist Screening Database to vet the claimed identity and to determine the fitness of non-federal government and non-DoD-issued card holders (i.e. visitors) who are requesting unescorted access to a DoD installation. The minimum criteria to determine the fitness of a visitor is: 1) not on a terrorist watch list; 2) not on an DoD installation debarment list; and 3) not on a FBI National Criminal Information Center (NCIC) felony wants and warrants list.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |
| <b>Additionally, SECNAV Memo, Policy for Sex Offender Tracking and Assignment and Access Restrictions within the Department of the Navy, of 7 Oct 08 and OPNAVINST 1752.3 established the Navy's policy on sex offenders, requiring Region Commanders (REGCOMs) and Installation Commanding Officers (COs) to prohibit sex offender access to DoN facilities and Navy owned, leased or PPV housing. This form describes the authority and purpose to collect and share the required information; and identifies the applicant/visitor and sponsor; and authorizes the DoD to perform the minimum vetting and fitness determination criteria. A favorable response on the vetting and fitness determination is required to receive access to DOD controlled installation/facilities.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |