

オーストラリア留学参加申込書

下記空欄を全て日本語でご記入ください。

申込日 年 月 日

留学参加者個人情報			
参加者氏名	フリガナ 姓	フリガナ 名	
パスポート 記載名	ローマ字 姓 (family name)		ローマ字 名 (first name)
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
学校名 (または勤務先名)	現在 年生		
現住所	フリガナ 〒		
携帯電話	-		Eメール
留学中の 緊急連絡先 (保護者様)	氏名	フリガナ (続柄)	
	電話 (自宅)	-	携帯電話 -
	電話 (勤務先)	-	Eメール
留学プログラム			
留学形態	<input type="checkbox"/> 語学留学 <input type="checkbox"/> 小中高正規留学 <input type="checkbox"/> 親子留学		<input type="checkbox"/> ワーキングホリデー <input type="checkbox"/> シニア留学 <input type="checkbox"/> スポーツ留学
コース期間	20 年 月 日 ~		20 年 月 日
現在の語学力	<input type="checkbox"/> ビギナー <input type="checkbox"/> TOEFL (点) <input type="checkbox"/> IELTS (点)		<input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> TOEIC (点) <input type="checkbox"/> その他 ()
資格			<input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級 <input type="checkbox"/> 英検 (級)
下記質問事項にお答えください			
◆アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※はい、の方は詳細をご記入ください _____ アレルギー/症状及び対処方法 _____ _____ アレルギー/症状及び対処方法 _____			
◆現在、通院中である、または常用している薬がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※はい、の方は詳細をご記入ください 病名または薬名: _____			
渡航に関わる諸手続き			
海外旅行保険	<input type="checkbox"/> 自己手配 <small>※渡豪時に保険証券のコピーを必ずご持参ください。</small>		<input type="checkbox"/> 当社にご相談
パスポート	<input type="checkbox"/> ある(有効期限: 年 月 日) 番号() <input type="checkbox"/> 申請中		
私は、貴社の留学プログラムに参加するにあたり約款を了承し、現地受入機関の規則に従うことを約束し、ここに申し込みます。 西暦 年 月 日 留学参加者ご署名 _____			
上記の者が留学するにあたり、約款を了承し、保護者として保証を致します。 西暦 年 月 日 保護者ご署名 _____			