

# オーストラリア留学参加申込書(親子)



下記空欄を全て日本語でご記入ください。

記入日                      年           月           日

<b>参加者個人情報</b>			
保護者氏名	フリガナ 姓		フリガナ 名
お子さまとの続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
パスポート 記載名	ローマ字 姓 (family name)	ローマ字 名 (first name)	
番号等	有効期限:      年      月      日	番号(                      )	<input type="checkbox"/> 申請中
生年月日	西暦              年      月      日 (      歳)	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
携帯電話	—                      —	Eメール	
現在の語学力	<input type="checkbox"/> ビギナー <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級		
資格	<input type="checkbox"/> TOEFL(      点) <input type="checkbox"/> TOEIC(      点) <input type="checkbox"/> 英検(      級) <input type="checkbox"/> IELTS (      点) <input type="checkbox"/> その他(                      )		
保護者の通学	語学学校(大人コース)	<input type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> なし
渡豪日程	20      年      月      日 (日本発)	~	20      年      月      日 (現地発)
滞在方法	<input type="checkbox"/> ホームステイ <input type="checkbox"/> コンドミニアム		
<b>健康状態についてお伺い致します。</b>			
◆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: _____			
お子さま① 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)	
番号等	有効期限:      年      月      日	番号(                      )	<input type="checkbox"/> 申請中
生年月日	西暦              年      月      日 (      歳)	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
現在の語学力	<input type="checkbox"/> ビギナー <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 年齢相応 <input type="checkbox"/> ネイティブ		
<b>留学プログラム</b>			
通学希望日	20      年      月      日	~	20      年      月      日
留学形態	通学先 <input type="checkbox"/> 語学学校 <input type="checkbox"/> スポーツ留学 <input type="checkbox"/> 現地幼稚園                      (競技名                      ) <input type="checkbox"/> 現地小学校		

**お子さまの健康状態についてお伺い致します。**

◆アレルギーはありますか？

はい  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？

はい  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: \_\_\_\_\_

お子さま② 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)	
番号等	有効期限: 年 月 日		番号( ) <input type="checkbox"/> 申請中	
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
現在の語学力	<input type="checkbox"/> ビギナー <input type="checkbox"/> 初級		<input type="checkbox"/> 年齢相応 <input type="checkbox"/> ネイティブ	
留学プログラム	通学(通園)を申し込む		申し込まない(付き添い滞在のみ)	
通学希望日	20 年 月 日		~ 20 年 月 日	
留学形態	<input type="checkbox"/> 通学先 語学学校 <input type="checkbox"/> 現地幼稚園 <input type="checkbox"/> 現地小学校		<input type="checkbox"/> スポーツ留学 (競技名 )	

**お子さまの健康状態についてお伺い致します。**

◆アレルギーはありますか？

はい  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？

はい  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: \_\_\_\_\_

お子さま③ 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)	
番号等	有効期限: 年 月 日		番号( ) <input type="checkbox"/> 申請中	
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
現在の語学力	<input type="checkbox"/> ビギナー <input type="checkbox"/> 初級		<input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級	
留学プログラム	通学(通園)を申し込む		申し込まない(付き添い滞在のみ)	
通学希望日	20 年 月 日		~ 20 年 月 日	

⇒ 2頁から続き

留学形態	通学先 <input type="checkbox"/> 語学学校	<input type="checkbox"/> スポーツ留学		
	<input type="checkbox"/> 現地幼稚園	(競技名 )		
	<input type="checkbox"/> 現地小学校			
<b>お子さまの健康状態についてお伺い致します。</b>				
◆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: _____				
留学中の 緊急連絡先 (ご家族様)	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 _____
<b>渡航に関わる諸手続き</b>				
海外旅行保険	<input type="checkbox"/> 個人購入		<input type="checkbox"/> 当社にご相談	
	※渡豪時に保険証券のコピーを必ずご持参ください。			
その他 特筆事項	※滞在中のリクエストなど、どのようなことでもご記入ください。			
弊社記入欄				

ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。  
 テイクオフ株式会社    [office@takeoff-int.com](mailto:office@takeoff-int.com)