

# 語学研修申込書

アイランド留学センター 〒108-0074 東京都港区高輪2-12-45 TEL: 03-6450-4081 FAX: 03-6450-4173

ふりがな 申込者氏名	ローマ字氏名(パスポートと同じアルファベット)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	19 年 月 日 (才)	身長 cm	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 国籍
ふりがな 現住所	〒		PHOTO
TEL	FAX		
携帯	E Mail		
ふりがな 勤務先	TEL		
ふりがな 学校名	TEL		FAX
ふりがな 学校名	学部 学年 年に		<input type="checkbox"/> 在学 <input type="checkbox"/> 卒業
渡航中の 連絡先	ふりがな 氏名	TEL	
	ふりがな 住所	FAX	
	〒	申込者との続柄	

## コース予約内容

希望研修校:	都市名:
コース名:	週( )レッスン授業 20 年 月 日 ~ 月 日( )週間
コース名:	週( )レッスン授業 20 年 月 日 ~ 月 日( )週間
到着時の出迎え: 希望する 希望しない	宿泊期間: 20 年 月 日 ~ 月 日( )週間
宿泊タイプ: ホームステイ 寮 アパート 1人部屋 2人部屋 その他( )	
英語レベル: ビギナー 初級 中級下 中級 中級上 上級 語学に対する資格( )	
喫煙: 吸う 吸わない	アレルギー: ない ある( )
趣味:	
備考:	
申込み方法: 現地サポートあり 現地サポートなし	
航空券の手配: 依頼する ( 月 日出発希望 ) 依頼しない	

申込条件及び手配をする学校・宿泊機関等への個人情報の提供について同意のうえ、申し込みます。

申込年月日 年 月 日

申込者署名 \_\_\_\_\_ (印)

保護者署名 \_\_\_\_\_ (印)

申込者が未成年の場合