

# 語学研修申込書

アイル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	PHOTO
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	〒				
	TEL	FAX			
	携帯	E Mail			
ふりがな 勤務先			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	
				FAX	
	ふりがな 住所	〒		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: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	宿泊期間: 20 年 月 日 ~ 月 日 ( )週間
宿泊タイプ: <input type="checkbox"/> ホームステイ <input type="checkbox"/> 寮 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 1人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
英語レベル: <input type="checkbox"/> ビギナー <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級下 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 中級上 <input type="checkbox"/> 上級	語学に対する資格 ( )
喫煙: <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	アレルギー: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
趣味:	現地サポート: <input type="checkbox"/> 付ける <input type="checkbox"/> 付けない
備考:	
パスポート番号:	発行日: 20 年 月 日 有効期限: 20 年 月 日
航空券の手配: <input type="checkbox"/> 依頼する ( 月 日出発希望) <input type="checkbox"/> 依頼しない	

※入学金類はレターパックにてご送付致します。送料 360 円を別途申し受けます。

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