

こちらの用紙をご送付下さい。

センター	T	O	I	P	4	請	入	確	F	サ	Ecole	H	サポート
短	長	専											

日仏文化協会宛

フリガナ												
氏名	(姓)						(名)					
ローマ字												
	パスポート自署						← パスポートの所持人自署と同じ署名をお願いします。					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		配偶者		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		国籍					
生年月日	西暦		年		月		日		(満歳)		職業	
勤務先名			勤務先		TEL		()		出生地		都道府県 市区	
最終学歴	学校名		()		学部		学科		()		年生在籍中 / 年卒	
パスポート	発行国 ()		パスポート番号		発行年月日		年月日		有効期間満了日		年月日	
現住所	〒		フリガナ		都道府県		渡航前転居予定		<input type="checkbox"/> あり ()月			
	TEL ()		-		携帯メール		@					
	FAX ()		-		PCメール		@					
	携帯 ()		-									
緊急の連絡先 (渡航中も含む)	氏名		フリガナ		続柄		職業		勤務先名			
	住所		〒		フリガナ		TEL ()		-			
	携帯メール		@		PCメール		@					
	FAX ()		-		携帯 ()		-					
日本出発予定日	20		年		月		日		搭乗		利用空港 ()	
航空券	<input type="checkbox"/> 購入済み (便名)		<input type="checkbox"/> 未購入		提携旅行会社による航空券の仮予約		<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない			

留学プログラム(留学約款が適用されます)

プログラム名希望研修校	受講期間 () 週間 / () ヶ月 / () 学期	希望滞在スタイル () 宿泊期間 () 年 () 月 () 日 ~ () 年 () 月 () 日
プログラム名希望研修校	受講期間 () 週間 / () ヶ月 / () 学期	希望滞在スタイル () 宿泊期間 () 年 () 月 () 日 ~ () 年 () 月 () 日
プログラム名希望研修校	受講期間 () 週間 / () ヶ月 / () 学期	希望滞在スタイル () 宿泊期間 () 年 () 月 () 日 ~ () 年 () 月 () 日

手配サービス(手配サービス条件書及び旅行業約款が適用されます)

日仏文化協会では上記留学プログラムをお申し込みいただいたお客様に「手配サービス」をおつけすることが出来ます。これは留学プログラムに参加されたお客様の委託により、お客様のために代理、媒介又は取次をすること等により留学プログラム前後のホテル等の手配、現地でのタクシーを使った送迎手配、列車チケット手配をすることをいいます。詳しくは当社カウンセラーにご相談ください。

フランス語について	<input type="checkbox"/> 入門 <input type="checkbox"/> 初級1 <input type="checkbox"/> 初級2 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級		フランス語取得資格 DELF・DALF (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2)	
	<input type="checkbox"/> TCF () 点		<input type="checkbox"/> TEF () 点 <input type="checkbox"/> 仏検 () 級	
当社講座受講歴	<input type="checkbox"/> 通学講座 <input type="checkbox"/> 通信講座 <input type="checkbox"/> 集中セミナー		期間 () 年 () 月 ~ () 年 () 月	
以下の項目にお答えください。				
●タバコ <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない ●アレルギー <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし ●食事制限 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
●持病 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在通院中 (病名:)				
ホームステイにお申し込みの方はご希望をお知らせください ●子供 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ●ペット <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
●禁煙希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ●海外でのホームステイ経験 <input type="checkbox"/> あり (国名) 期間: () <input type="checkbox"/> なし				
●他にご希望があればご記入ください。()				

日仏文化協会ホームページの申込手順、留学約款、手配サービス条件書及び旅行業約款の内容を承諾し、右記申込金を支払い上記に申し込みます。							申 込 金
氏名	印	記入日	20	年	月	日	¥
保護者として上記申し込みに同意します。(申込希望者が20歳未満の場合には、保護者の同意が必要です)							お振り込み日
保護者氏名	印	記入日	20	年	月	日	20
							年 月 日