

● 留学プログラム約款とご参加前の留意事項について同意の上、各項目にご記入いただき、お申し込み時に留学タイムズへご提出ください。



FAX 送信 ▶ 03-5360-0333

担当者

氏名	フリガナ (姓) (名)	パスポートに記載されている氏名 (英語・ブロック体で記入) (FAMILY NAME) (FIRST NAME)	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚	生年月日 19 年 月 日 年齢 歳 国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ( )
職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (学校名/勤務先)		
現住所	フリガナ 〒 ( )	都道府県	市郡区
	フリガナ (※マンション/アパート名・部屋番号)		
TEL	自宅	FAX	
	携帯電話	E-mail	PC・モバイル
国内 の 緊急 連絡先	氏名	フリガナ	続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	住所	フリガナ 〒 ( )	TEL

パスポート	パスポートの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中/更新中		
	※「有」とお答えの場合は、下記の旅券情報をご記入ください。			
	パスポート NO.	発行日	年 月 日	期間 <input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年

ご自身についてお答えください	
① たばこを吸う <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑥ 食事制限がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② アルコール類をよく飲む <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑦ ハンディキャップがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ アレルギー体質だ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(「はい」⇒ 内容: )
「はい」とお答えの方 ⇒ アレルギー名 ( )	⑧ 趣味・特技等があればご記入ください。
④ 語学力について	⑨ 帰国後の体験談アンケート送付 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
<input type="checkbox"/> 全くの初心者 <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級	*留学タイムズ使用欄
検定試験 ( ) スコア ( )	
⑤ 病気がある※ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「はい」とお答えの方 ⇒ 病名 ( )	
医師による渡航の承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

※ご記入いただいた内容によっては、受入機関に提出するため、担当医師の診断書が必要となる場合があります。また、健康状況や現地受入機関の判断により、参加をお断りさせていただく場合があります。ご了承ください。

裏面もご記入ください

備考欄

ご記入いただいた個人情報は厳重に管理し、次の3つの目的で利用し、それ以外の目的では利用いたしません。① 留学プログラムに関する手続きとそれに付随する業務 ② 当社または当社と提携する企業の留学関連サービス等のご案内 ③ 留学プログラムに関するご意見・ご感想の提供のお願い また、ご提供いただいた内容は、ご本人の同意なしに第三者に提供することはありません。

プログラムについて

留学先	学校名		コース名	週 ( ) 時間・レッスン		
	受講期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 週間				
	※ 学校を複数お申込の場合	・学校名 ( ) ・コース名 ( ) 週 時間・レッスン ・受講期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 週間				
滞在先	<input type="checkbox"/> 滞在先の手配を希望する <input type="checkbox"/> 手配を希望しない					
	滞在形態	<input type="checkbox"/> ホームステイ <input type="checkbox"/> 寮・レジデンス <input type="checkbox"/> その他 ( )		滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 週間	
	ルームタイプ	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン <input type="checkbox"/> シェア (1部屋3名以上)		食事	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 朝食付 <input type="checkbox"/> 朝夕食付 <input type="checkbox"/> 3食付	
	※ 滞在先を複数お申込の場合	・滞在形態 ( ) ・ルームタイプ ( ) ・食事 ( ) ・滞在期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 週間				
	申告※	① ペットアレルギーがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ アレルギー源の動物名 ( )				
	② 滞在先に子供がいてもよい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	③ 滞在先が禁煙でもよい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
空港送迎	<input type="checkbox"/> 空港送迎サービスを希望する ( <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 ) <input type="checkbox"/> 空港送迎サービスを希望しない					
その他						

※滞在先を決定する際に考慮されますが、手配先の状況によって、全ての希望や申告内容が受け入れられない場合もあります。ご了承ください。

ビザ	ビザの要/不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
	※「要」とお答えの場合は、下記の項目もご回答ください。					
	申請	<input type="checkbox"/> 留学タイムズの代行申請を希望する <input type="checkbox"/> 自己申請		ビザの種類	<input type="checkbox"/> 学生ビザ <input type="checkbox"/> ワーキングホリデービザ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
海外旅行損害保険	<input type="checkbox"/> 留学タイムズで加入する *ご案内のパンフレットをお送りします。 <input type="checkbox"/> 加入しない・他社で加入する (会社名: )					
航空券	<input type="checkbox"/> 未手配 ( 航空券の詳細案内 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> 手配済み					

申込者アンケートにご協力ください			
留学に関する情報をどこで入手されましたか？	1. 雑誌・書籍 (媒体名: ) 3. インターネット	2. 友人・知人から 4. その他 ( )	
当社を知ったきっかけは何ですか？	1. 雑誌・書籍 (媒体名: ) 3. インターネット (他サイトからのリンク) 5. 店頭	2. 友人・知人の紹介 4. インターネット (サーチエンジン) 6. その他 ( )	
当社にお申込みされた理由は何ですか？ (複数回答可)	1. 留学したい学校があった 3. 対応がよかった 5. その他 ( )	2. 費用がリーズナブルだった 4. 料金が現地通貨表示	

※約款をお読みいただき、署名してください (参加者が20歳未満の場合は、保護者の署名も必要となります)。

株式会社国際教育交流センター (留学タイムズ) の留学プログラム約款に同意し、手続き代行を申込みます。

参加者氏名



保護者署名 (参加者が20歳未満の場合)

参加者署名 (英語)



記入日: 年 月 日

記入日: 年 月 日