

必要事項を記入したら、当社に FAX してください。

 <送信先> 株式会社留学サイトドットコム **FAX: 043-271-7487** (番号間違いにご注意ください。)

※署名・捺印した留学手続き代行申込規約およびパスポートのコピーも一緒に FAX してください。

氏名	漢字				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	ローマ字				国籍		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢		
現住所	〒				電話(携帯)		
					電話(自宅)		
パソコンのメールアドレス					携帯のメールアドレス		
現在の職業		社会人の場合 勤務先			学生の場合 学校名		
最終学歴		出生国			出生地 (都道府県)		
パスポート	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	旅券番号			有効期限	年 月 日	
留学中の国内 緊急連絡先	氏名	漢字				続柄	
		ローマ字				電話(携帯)	
	住所	〒				電話(自宅)	
	メールアドレス						
<第1希望> 学校名		国・都市			コース名		
1週間の授業時間数		コース期間			コース開始日		
		年間 / ヶ月 / 週間			年 月 日		
<第2希望> 学校名		国・都市			コース名		
1週間の授業時間数		コース期間			コース開始日		
		年間 / ヶ月 / 週間			年 月 日		
滞在先	滞在形態	<input type="checkbox"/> ホームステイ <input type="checkbox"/> 学生寮 <input type="checkbox"/> 民間寮 <input type="checkbox"/> その他_____ <input type="checkbox"/> 手配不要					
	部屋のタイプ	<input type="checkbox"/> 一人部屋 <input type="checkbox"/> 相部屋					
	食事	<input type="checkbox"/> 朝食のみ <input type="checkbox"/> 朝夕 <input type="checkbox"/> 三食 <input type="checkbox"/> 不要					
	滞在先到着日	年	月	日	滞在先出発日	年 月 日	
渡航予定	出国予定日	年	月	日	帰国予定日	年 月 日	
空港出迎え	<input type="checkbox"/> 空港出迎えのみ希望 <input type="checkbox"/> 空港送迎希望(学校によっては出迎えのみ) <input type="checkbox"/> 不要						
学生ビザ	<input type="checkbox"/> ビザ申請サポート(無料)を希望 <input type="checkbox"/> ビザ申請サポートは不要 <input type="checkbox"/> ビザが不要なコースを受講						
修了後の予定	<input type="checkbox"/> 帰国 <input type="checkbox"/> 期間を延長 <input type="checkbox"/> 別のコースに申し込む(コースの種類: _____ 留学期間合計: _____)						

留学手続き代行申込書 <お申し込みの前に必ず規約をお読みください>

氏名	
現在の英語力	TOEFL _____ IELTS _____ TOEIC _____ 英検 _____
	スコアがない場合は次から選択 <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
海外での就学	<input type="checkbox"/> 海外の学校に通ったことがある（国名： _____） <input type="checkbox"/> ない
	ある場合は学生ビザの取得の有無 <input type="checkbox"/> ある（就学期間： _____） <input type="checkbox"/> ない
希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵便
PDF/プリンター	<input type="checkbox"/> PDF ファイルをプリントアウトすることができる <input type="checkbox"/> できない
留学サイトドットコムへの連絡	<input type="checkbox"/> 連絡したことがある（担当者名： _____） <input type="checkbox"/> ない
紹介者の氏名（いれば）	
お願い	* 留学中または帰国後にアンケートをお送りしますので、ご協力ください。

- 現在、心身ともに健康ですか？ はい 持病がある（詳細： _____）
- 現在および過去に精神・神経性疾患（うつ病、双極性障害、睡眠障害、統合失調症、適応障害、発達障害、学習障害、ADHD、ASD、LD などを含む）、呼吸器系疾患、心臓病などの重傷病にかかり医師の治療を受けたことがありますか？ はい（詳細： _____） いいえ
- 現在常用している薬、留学先に持っていく薬はありますか？（常備薬として持っていく市販の頭痛薬・胃腸薬・風邪薬は除く） はい いいえ
常用している薬の種類（詳細： _____）
留学先に持参する薬の種類（詳細： _____）
- アレルギーがありますか？ アレルギーがある（詳細： _____） いいえ
- 喫煙しますか？ はい いいえ
- 飲酒しますか？ はい いいえ
- 特に信仰している宗教はありますか？ はい（詳細： _____） いいえ
- 趣味は何ですか？

ホームステイの希望（これらの希望を満たすホームステイ先となるとは限りませんので、予めご了承ください。）

- 子供がいる家庭でもいいですか？ はい（子供の年齢： _____） いいえ
- 他に留学生がいる家庭でもいいですか？ はい いいえ
- ペットがいる家庭でもいいですか？ はい いいえ
- 喫煙する家庭でもいいですか？ はい いいえ
- 食事制限がありますか？（信仰上の制限やベジタリアンなど） はい（詳細： _____） いいえ
- その他、ホームステイ滞在に関する希望のある方はご記入ください。

その他、申込みにあたって通知事項がある場合はご記入ください。