



# 留学サポート申込用紙

住所：〒431-2103  
静岡県浜松市北区新都田1-3-3  
浜松インキュベートセンターB3  
電話：053-438-2607 FAX: 053-401-9113  
Eメール: info@at-p.net

★申込日： 2008 年 月 日

フリガナ		生年月日	
お申込者氏名		19	年 月 日
※A ローマ字	Last Name (姓) First Name (名)	男 / 女	満 歳
フリガナ		連絡先	
現住所	〒	電話番号 (自宅)	
		(携帯)	
		FAX番号	
		Eメール	
学校名/ご職業		学年 ※学生の方のみ	年

留学希望学校名	
入学希望コース名	
留学時期と期間	年 月 日 から ( 週間 もしくは 年)

※B お申込者 パスポート	旅券番号	有効期間満了日	出生地	
			都 道 市 区 府 県 村 郡	

※A ローマ字はパスポートに記載されているものと同じ様にお書きください。

※B 有効な旅券をお持ちでない方は、旅券申請をしてください。旅券受領後に、旅券番号・有効期間満了日をお知らせください。

私は、約款の内容を理解・同意の上、ATPの留学サポートを申込みます。

申込者署名

保護者署名 ※お申込者が未成年の場合のみ

印

印