

Boston Office カウンセリング 参加申込書

参加者氏名: (姓) _____ (名) _____

(ふりがな): _____

(ローマ字): _____

**パスポートに印字されている通りのつづり(アルファベット)を御記入下さい。

生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

年齢: _____ 歳

性別: 男 ・ 女 婚姻関係: 未婚 ・ 婚姻

国籍: 日本・その他(国名: _____) 出生国: 日本・その他(国名: _____)

在学中の学校名 (正式名称):

在学期間: _____ ヶ月 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)

ビザのタイプ(マルで囲んでください) F-1 F-1(OPT) J-1 M-1 H-1 その他(_____)

現在の学校以前の最終学歴:

現住所 (current & mailing address):

Phone:

Fax:

E-mail:

< 保護者帰省先 >

保護者氏名: _____

続柄: _____

御職業: _____

(ふりがな):

住所 (permanent address):

Phone:

Fax:

留学の希望期間は？
今から()年間 ()年 ()月くらいまで

希望の学位は？ (マルで囲んでください)

大学 大学院 その他() まだわからない

希望の専攻分野は？
() () () 未定

TOEFL または TOEFL 模擬テストの最新スコア
()年 ()月受験 スコア: 点

SAKAE Institute—USA を知ったきっかけは？

紹介 知人・友人 (紹介者名:)
当研究所から留学された方 (紹介者名: 留学年度)
広告 寿屋 Kotobukiya
吉野家 Yoshinoya
雑誌・新聞広告 (タイトル)
インターネットで
その他 ()

当研究所の「アメリカ進学プログラム in USA」に参加したいと思いますか？
はい いいえ わからない

Signature: _____ Date: _____

このカウンセリングシートと最終学校の成績表 (英文または和文でも可) 英語力がわかるもの (TOEFL のスコアなど) カウンセリング費用 US100 のチェックを栄陽子留学研究所ポストンオフィスまでお送りください。

*最終学校の成績表と英語力がわかるものがない方はカウンセリングシートのみで結構です。

**チェック以外は Fax でお送り頂いても構いません。

住所
SAKAE Institute
One Porter Square
Cambridge, MA 02140

Fax
(617)234-0097