

2020年カナダバレエスクールオーディションツアー申込書

1) 名前(漢字)	(姓) _____ (名) _____	2) 性別	<input type="checkbox"/> 女(Female) <input type="checkbox"/> 男(Male)
パスポートに記載されたローマ字名	_____	3) 生年月日	_____年 _____月 _____日(歳)
4) 職業、学校名	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 大学/専門学校 <input type="checkbox"/> その他() 学校名: _____ 学年: _____年生	5) 国籍	_____
		6) バレエ暦	_____年 _____ヶ月
7) バレエレベル(自己申告)	<input type="checkbox"/> 入門 <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級		9) 日本国内線手配 別途費用にて手配致します <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (_____ 空港) ご希望にそえない場合はご了承下さい
	8) 住所(漢字)	〒 _____-_____-_____ TEL: _____ 本人携帯: _____ FAX: _____ E-mail: _____@_____	
10) 保護者名	フリガナ _____ (氏名) _____ (続柄) _____	自宅電話: _____ 保護者携帯: _____	
11) パスポートはお持ちですか。(パスポートの申請は都道府県の旅券課で各自で申請して下さい)			
<input type="checkbox"/> はい(番号: _____) 有効期限: _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> いいえ 取得予定日: _____年 _____月 _____日			
12) ETA(カナダ入国に必要な事前登録)の代理申請は必要ですか。			
<input type="checkbox"/> はい(代理申請料3,300円が必要です) <input type="checkbox"/> いいえ(申請済 有効期限 _____年 _____月 _____日) <input type="checkbox"/> 自分で申請			
13) アレルギー、既往症、健康上の問題、食べられない物がありましたらお書き下さい。			
14) 健康医療に関する質問事項			
身長: _____ cm 体重: _____ kg ●乗り物酔い: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ●便通: <input type="checkbox"/> 規則正しい(1日 _____回) <input type="checkbox"/> 不規則 ●初潮について: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない Do you have motion sickness?: Yes・No Bowel movement: regular (_____ times a day)・irregular first period: Yes・No ☆次の症状についてあてはまることがあれば○をつけて下さい。 A) よく頭が痛くなる B) よくお腹が痛くなる C) よく熱を出す D) 風邪をひきやすい E) のどが弱い headache stomachache fever common cold irritation throat ☆今までにかかったことのある病気に○をつけて下さい。 A) 水ぼうそう B) はしか C) 扁桃炎 D) 肝炎 E) 気管支炎 F) おたふく風邪 G) 風疹 H) 破傷風 chicken pox measles tonsillitis hepatitis bronchitis mumps rubella tetanus			
15) バレエ経歴をお書き下さい。 現在所属スクール名: _____			
年月	所属バレエスクール	項目(演目、受賞など)	
16) 同意書			
私は、「2020年カナダバレエスクールオーディションツアー」の案内に記載の旅行参加条件を確認し申し込みます。この申込書に記載された事はすべて真実です。プログラム参加中に病気や怪我が発生した場合は、適切な医療機関で診察、治療を受けることを認めます。必要な場合は、その施設外の医師による治療も認めます。私の健康状態や治療に関する情報についてはプログラム主催者、プログラム企画者、旅行主催者を通じて、保護者および予め指定された者に公開することを認めます。このプログラム中に撮影する写真、ビデオ、その他の情報はすべてプログラム主催者、およびプログラム企画者に帰属し、プログラム主催者およびプログラム企画者が使用することを了承します。オーディション合格後留学する場合は、別途費用を支払い、アドミッション留学センターにその手続きを依頼します。			
申込者署名: _____ (印)		保護者署名: _____ (印) _____年 _____月 _____日(署名した日付)	
●参加者および保護者の方へ			
1) このプログラムの参加お申し込みには下記のものが必要です。 ◎申込書(申込書受領後、申込金10万円の請求書をお送りしますので指定口座にお振り込み下さい) ◎顔写真1枚(5cm×5cm、証明写真でも可) ◎パスポートの顔写真ページに見開きカラーコピー1枚 ◎お申し込み後には各スクールが求める願書(保護者の情報等含)、オーディションポーズ写真を提供していただきます。詳細は後日ご案内します。 2) 募集対象年齢以外の方はお問合せ下さい。 3) 人種、宗教、言語で差別する行動、言動をとることは法律により禁じられていますのでご注意ください。 4) プログラム参加中はプログラム運営に協力し、主催者、引率者、現地受入機関の指示に従って下さい。			

旅行企画・実施：株式会社オーバーシーズトラベル (観光庁長官登録旅行業 366号)

受託販売

申込書送付先▶

●●●●●●●●●● 海外留学相談室 ●●●●●●●●●●

アドミッション

センター

Study Abroad & Cultural Exchange

(大阪府知事登録旅行業第3-1913号 総合旅行業務取扱管理者: 小林正己)

申込受付日: _____年 _____月 _____日
 受付担当者: _____



住所 〒530-0001 大阪市北区梅田3丁目4番5号 毎日新聞ビル4階 (JR大阪駅桜橋口より徒歩8分) 営業時間 午前10時～午後5時(日祝祭日休、土曜カウンセリングは予約のみ)
 E-mail info@admission.co.jp URL https://www.admission.co.jp TEL (大阪) 06-6455-1377 (東京) 03-3253-6040

お申込みはFAXまたは郵送にて受け付けております。
 その他ご質問やご不明な点がございましたらお電話でお問合せ下さい。 **FAX: 06-6455-1388**
 ご注意: FAXでお申込みの際も、後日申込書原本、パスポートの写真ページの見開きカラーコピー1枚は郵送して下さい。