



サンティアゴ・デ・コンポステーラ大学

夏季スペイン語研修申込書 2024

申込日 年 月 日

フリガナ	男・女		未婚・既婚	
氏名 (漢字)	生年月日 年 月 日			
パスポートと同じ ローマ字	国籍 日本 その他()			
パスポート	No.		発行官庁	
	発行日 年 月 日		有効期限 年 月 日	
フリガナ	〒 TEL		FAX	
住所				
携帯電話	E-mail			
現在の語学力	A1 A2 B1 B2 C1 C2			
参加コース	① 7/15-26 の 2 週間 ② 8/5-8/30 の 4 週間			
滞在方法	A.学生寮(個室・2食) B.ホームステイ(個室・2食) C.シェアアパート(個室・食事なし)			
インスティトゥト・セルバンテス 東京の受講生 ですか	はい・いいえ	受講生の方は受講番号と受講クラス名をご記入ください		
健康状態	既往症、現在治療中の疾病、アレルギー、その他特記すべきものがある場合、ご記入ください ()			
海外旅行保険 (AIG)	希望する・希望しない (安心して研修に参加するために必ず海外旅行保険にお入りください)			

規定を確認、同意したうえで、夏季スペイン語研修を申し込みます

申込者氏名	親権者署名(申込者が未成年の場合) (続柄)
記入日 年 月 日	記入日 年 月 日

※必ず申込者ご本人(未成年者の場合は親権者)が規定を確認、同意したうえでお申込ください。