

申込年月日:

氏名:

保護者氏名(入会者が20歳未満の場合のみ):

住所: 〒 _____ 都道府県 _____ 市郡 _____ 町村 _____

電話番号: _____ 連絡できる時間帯: _____ 時 ~ _____ 時

(或は携帯電話番号: _____ 連絡できる時間帯: _____ 時 ~ _____ 時

Fax番号: _____

E-Mail: _____

携帯-Mail: _____

年齢: _____ 才

語学歴: _____

希望会員: (選択された項目に 符号をつけてください)

個人授業会員 (プライベート(1人) セミプライベート(2人まで))

標準月4回 別の回数(月____回)

標準1.5時間 2時間 模擬体験のみ

個人授業希望の授業曜日と時間の設定:

第1希望: ____曜日____時~____時まで (この時間のみ 調整可能)

第2希望: ____曜日____時~____時まで (この時間のみ 調整可能)

第3希望: ____曜日____時~____時まで (この時間のみ 調整可能)

グループ授業(3人以上)会員:

希望の周____曜日のグループ(授業時間を電話で確認)

語学内容(複数選択可能、選択された項目に 符号をつけてください):

中国語標準語	ロシア語
台湾国語	英語
広東語	モンゴル語
韓国語	
福建語 / 台湾語	

授業受たい教室名:

御支払い方法:

現金書留送付先: 〒600-8804 京都市下京区中堂寺前田町 24-6

パレジット五条 501 号室 中国文化サロン

銀行振込先: UFJ銀行 京都支店 普通口座4947288

キャスルゼットインターナショナルビジネス(有)

御支払い予定日: ____月____日

お電話或いは訪問後このシートを提供してごさいませ

お問い合わせ電話番号は:075-361-2419 FAX送信先は:075-361-2419