

SOC 入学願書  
APPLICATION FOR ADMISSION  
鈴鹿オフィスワーク医療福祉専門学校

写真(4 cm×3 cm)

Attach a photograph  
which has been taken  
within 3months

申請者 Applicant

氏名 Name in full				
国籍 Nationality			配偶者の有無 Marital status <input type="checkbox"/> 既婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single	
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day	性別 Sex <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
住所 Address	現住所 Present address			
	出生地 Place of birth (〇〇市まで記入 city name is needed)			
電話番号 Telephone number	メールアドレス E-mail address			
現在の職業 Current occupation	会社または学校の名称 Name of company or school			
旅券 Passport <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 取得手続き予定 Plan to apply	旅券番号 Passport number _____			
有効期限 Date of expiration	年 Year	月 Month	日 Day	
査証申請予定地 Place to apply VISA:				

家族 Family members

続柄 Relationship	氏名 Name in Full	生年月日 Date of Birth (Year Month Date)	職業 Current Occupation	居住国 Living Country

経費支弁者 Guarantor

支弁者氏名 Name in Full				
関係 Relations with you	<input type="checkbox"/> 自分 Applicant <input type="checkbox"/> 親 Parent <input type="checkbox"/> その他 Other(            )			

