

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

写真(4 cm×3 cm)

Paste a Photograph
taken within the past
3months

申請者 Pendaftar

氏名 Nama Lengkap			
国籍 Kewarganegaraan		配偶者の有無 Status	
生年月日 Tanggal Lahir	年 Year 月 Month 日 Day	性別 Jenis Kelamin	
住所 Address	現住所 Alamat		
	出生地 Tempat Lahir (〇〇市まで記入) Nama Kota Di Tulis		
電話番号 Nomor Telepon	メールアドレス Alamat E-mail		
現在の職業 Pekerjaan	会社または学校の名称 Nama Perusahaan ATau Sekolah		
旅券 Passport	<input type="checkbox"/> 有 Ada	<input type="checkbox"/> 取得手続き予定 Sedang apply	旅券番号 Nomor Passport _____
有効期限 Masa Berlaku	_____	_____	_____
	年 Tahun	月 Bulan	日 Hari
査証申請予定地 Tempat apply VISA:			

家族 Anggota Keluarga

続柄 Hubungan	氏名 Nama Lengkap	生年月日 Tanggal Lahir (Tahun Bulan Tanggal)	職業 Pekerjaan	居住国 Negara Tinggal

経費支弁者 Penanggung Jawab

支弁者氏名 Nama Lengkap			
関係 Hubungan	<input type="checkbox"/> 自分 Pendaftar <input type="checkbox"/> 親 Keluarga <input type="checkbox"/> その他 Lainnya ()		

