

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:

電話番号1: _____、連絡できる時間帯: _____時~_____時

電話番号2: _____、連絡できる時間帯: _____時~_____時

Fax番号:

E-Mail:

iMOD-Mail:

年齢: _____才

ロシア語歴:

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

標準月4回

別の回数(月____回)

標準1.5時間

2時間

プライベート(1人)

ゼミプライベート(2人まで)

一般コース会員:

希望の毎週____曜日のグループ教室

語学内容(複数選択可能):

ロシア語

ウクライナ語

個人授業希望の授業曜日と時間帯:

1) _____曜日 _____時~_____時まで

2) _____曜日 _____時~_____時まで

3) _____曜日 _____時~_____時まで

授業うける地域:

費用: 以下の内容は、御電話で確認後にお願いします。

御支払い方法:

現金書留送付先: 〒600-8357 京都市下京区五条大宮東入る柿本町618

アムスビル2階南室 中国文化サロン

銀行振込先: UFJ銀行 京都支店 普通口座4947288

キャッ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