

受付番号

web:2018

## 入学願書

インターナショナル・メディア学院  
 学院長 堀川りょう 殿

インターナショナル・メディア学院に入学を希望致します。

|   |   |               |      |  |   |            |
|---|---|---------------|------|--|---|------------|
| 希望コース                                   | <input type="checkbox"/> 声優コース（ベーシック・アドバンスト・プロ・ジュニア・シニア・夜間）<br><input type="checkbox"/> 芸能マネージャー養成コース<br><input type="checkbox"/> アニソン声優コース<br><input type="checkbox"/> アフレコ音響監督コース<br><input type="checkbox"/> 声優ダンサーコース   |               |      | <input type="checkbox"/> シナリオコース<br><input type="checkbox"/> IAM MUSIC&LIVE スクール<br><input type="checkbox"/> 音響エンジニアコース<br><input type="checkbox"/> YouTuber 声優プロコース |   |            |
| 希望校舎                                    | <input type="checkbox"/> 札幌校 <input type="checkbox"/> 仙台校 <input type="checkbox"/> 新潟校 <input type="checkbox"/> 長野校 <input type="checkbox"/> 宇都宮校 <input type="checkbox"/> 東京校 <input type="checkbox"/> 大宮校 <input type="checkbox"/> 浜松校<br><input type="checkbox"/> 名古屋校 <input type="checkbox"/> 大阪校 <input type="checkbox"/> 高松校 <input type="checkbox"/> 岡山校 <input type="checkbox"/> 福岡校 <input type="checkbox"/> 広島校 <input type="checkbox"/> 金沢校 <input type="checkbox"/> 柏校 |               |      |  |   |            |
| 氏名                                      | フリガナ  | 性別            | 生年月日 |  |   |            |
|   |   | 男・女           | 西暦   | 年  | 月 | 日<br>( ) 歳 |
| 現住所                                     | 〒   |               |      |  |   |            |
| 電話番号                                    | 自宅[ ] / 携帯[ ]   |               |      |  |   |            |
| メールアドレス                                 | PC [ @ ]  |               |      |  |   |            |
|   | 携帯 [ @ ]  |               |      |  |   |            |
| 最終学歴                                    | 年 月 [ ] 在学中・卒業  |               |      |  |   |            |
| 最終職歴                                    | 会社名 [ ] 業種 [ ]  |               |      |  |   |            |
|   | 電話番号 [ ]  |               |      |  |   |            |
| 質問項目<br>当てはまる項目に<br>チェックを付けて<br>下さい     | 質問1 情緒的または精神的健康の問題の為に精神科医またはカウンセラーの<br>治療を受けています。…………… <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>質問2 学術領域で学習障害があります、または介助を必要としています。<br>…………… <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>※いずれかの質問で「はい」と答えた方は、別紙に詳細を記載して下さい。   |               |      |  |   |            |
| 未成年の方のみ<br>保護者<br>又は<br>保証人<br>必ずご記入下さい | 氏名  | Ⓔ             |      | 続柄   |   |            |
|   | 住所  | 〒             |      |  |   |            |
|   | 電話番号  | 自宅[ ] / 携帯[ ] |      |  |   |            |

※ご記入いただいた内容は当学院の運営のみに利用させていただき、個人情報に関しましては厳重に管理いたします。

※↓こちらは記入しないでください

|     |    |   |   |    |
|-----|----|---|---|----|
| 入所月 | 西暦 | 年 | 月 | 入所 |
| 受付日 | 西暦 | 年 | 月 | 日  |