

受付番号

web

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） <input type="checkbox"/> 芸能マネージャー養成コース <input type="checkbox"/> アニソン声優コース <input type="checkbox"/> アフレコ音響監督コース <input type="checkbox"/> 声優ダンサーコース			<input type="checkbox"/> シナリオコース <input type="checkbox"/> IAM MUSIC&LIVE スクール <input type="checkbox"/> 音響エンジニアコース <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 <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 <input type="checkbox"/> 横浜校 <input type="checkbox"/> 八王子校					
氏名	フリガナ	性別	生年月日			
		男・女	西暦	年	月 日 () 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 当てはまる項目に チェックを付けて 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 治療を受けています。…………… <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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。 …………… <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※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 保護者 又は 保証人 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