


留学カウンセリングシート

フリガナ		国籍	学籍番号
氏名			
所属 専攻・学年		指導教員 (または学年担当)	
連絡先	E-mail (PC) :		
	E-mail (携帯) :		
	電話番号 :		
留学目的	<input type="checkbox"/> 交換留学 <input type="checkbox"/> 大学院留学 <input type="checkbox"/> 短期(語学)留学 <input type="checkbox"/> 大学編入・認定留学 <input type="checkbox"/> 専門学校留学 <input type="checkbox"/> サマースクール <input type="checkbox"/> インターンシップ <input type="checkbox"/> その他		
留学希望地域	<input type="checkbox"/> アジア <input type="checkbox"/> 中東・アフリカ <input type="checkbox"/> オセアニア <input type="checkbox"/> EU諸国 <input type="checkbox"/> ロシア <input type="checkbox"/> アメリカ <input type="checkbox"/> カナダ		
学びたい大学		学びたい学科	
できるようにになりたいこと 学びたいこと 詳細			
留学予定期間	<input type="checkbox"/> 6か月から1年 <input type="checkbox"/> 3か月から6か月未満 <input type="checkbox"/> 1か月から2か月 20_____年_____より 留学希望		
語学力	<input type="checkbox"/> 英検 () <input type="checkbox"/> TOEFL iBT () <input type="checkbox"/> IELTS () <input type="checkbox"/> TOEIC () <input type="checkbox"/> その他 ()		
具体的言語運用能力	買い物・日常生活程度 大学など留学手続き全般 新聞 学術 (授業理解・プレゼン・レポート)		
将来の希望 進路			
留学相談内容 *具体的に記入してください			
No. 1 /			
No. 2 /			

留学カウンセリングシート

No. 3 /	
No. 4 /	
No. 5 /	
No. 6 /	

