



泰日経済技術振興協会（ソーソーター）附属語学学校
School of Language & Culture Technology Promotion Association (Thailand-Japan)

5-7 Sukhumvit Road Soi 29 Klongtoey Nua Vadhana Bangkok 10110

Tel: 0-2259-9160 Ext. 1640 Fax: 0-2662-1019 E-mail: thschool@tpa.or.th

タイ語 グループ/プライベートコース 申込書 Thai Language Learner Requirements

定員 Student 1名 Individual グループ Group 名 persons

名前 Student Name-Surname	(in Japanese)	(in English)
住所 Address		
問い合わせ Contact info	Tel :	E-mail :
誕生日 Date of birth	Date.....日 Month.....月 Year.....年	年齢 Age.....歳 years
パスポート ID		
職業 Occupation	<input type="checkbox"/> 学生 Student/Level..... <input type="checkbox"/> 社員 Company officer <input type="checkbox"/> 自営業 Business owner <input type="checkbox"/> Other.....	
職名 Job position	(in Japanese)	(in English)
領収書宛先 The tuition receipt's name	<input type="checkbox"/> 個人名 the student's name <input type="checkbox"/> 会社名 the company's name	
タイ語の学習経験 Thai study background	<input type="checkbox"/> ある Yes <input type="checkbox"/> ない No	語学学校名 Have studied at テキスト名 Textbook title.....
学習時間 Period	from..... から to.....まで 年間ぐらい Years approximately

学習の目的 Purpose of Study

ご希望目的 Preferred content	<input type="checkbox"/> 日常会話 General conversation	ご希望時間数 Expected number of study hours <input type="checkbox"/> 30 Hrs. <input type="checkbox"/> 60 Hrs. <input type="checkbox"/> 90 Hrs. <input type="checkbox"/> Other..... <input type="checkbox"/> 成功までに Until goal is achieved
	<input type="checkbox"/> ビジネス会話 Conversation for the job <input type="checkbox"/> 検定試験対策 Grammar for exam preparation <input type="checkbox"/> 読み書き <input type="checkbox"/> Other..... Reading/Writing	

ご希望曜日・時間帯・所 Study Day/Time/Place

・校内での受講時間 Day/Time if studying at school

月～金 Monday - Friday 8:00-20:30 土・日 Saturday - Sunday 8:00-17:15

曜日・時間帯 Day and time of study	<input type="checkbox"/> 月曜日 Monday <input type="checkbox"/> 火曜日 Tuesday <input type="checkbox"/> 水曜日 Wednesday <input type="checkbox"/> 木曜日 Thursday <input type="checkbox"/> 金曜日 Friday <input type="checkbox"/> 土曜日 Saturday <input type="checkbox"/> 日曜日 Sunday	from.....から to.....まで
開講日&終了日 Period of study	開講日 Starting date Date.....日 Month.....月 Year.....年 終了日 Ending date Date.....日 Month.....月 Year.....年	
教室 Place of study	<input type="checkbox"/> 語学学校 School <input type="checkbox"/> 会社 Company* <input type="checkbox"/> 自宅 Home* *地図を送って下さい。Please attach the map <input type="checkbox"/> オンラインレッスン Online Lesson via ZOOM	Instructional media available (in the case of a class at company or home) <input type="checkbox"/> Whiteboard <input type="checkbox"/> Projector <input type="checkbox"/> CD Player <input type="checkbox"/> Computer
他の条件 Other requirements		

申込日 Date of application Date.....日 Month.....月 Year.....年	署名 Name of person who completed this form
--	--

担当者 For office use only

Course code	
Textbook title	
Teacher's name	
Period of study	
Day and time of study	
Place of study	
Staff's name	