

## 澳洲旅游签证申请人个资表

中文姓名 (护照上显示的)		英文姓名 (护照上显示的)		曾用名 (如有改过名)	
性别		出生日期		出生城市,国家	
现有国籍		曾有国籍		身分证号	
护照号码		护照签发日		护照到期日	
护照签发地		护照签发国		婚姻状况	
现在是否持有澳洲签证	是		否		
是否有帮父母办过澳洲签证(SUB103)	是(请提供申请年份)		否		
现在是否持有澳洲商业签证(ABTC)	是		否		
是否持有双重护照,如有, 是请提供信息)	护照号码		护照批发国家		否
现居国家		现居地所持有的身份		现居地的联系电话	
现居地的居住地址		电子邮箱		传真号码	
现任职位		就职公司名称		在此公司就职 多久	
公司地址				公司电话	
退休年份(如为退休状态)		如为无业请提供详情			
学校名称(如为学生)		就读科系		就读时长	
家属信息表					
姓名	生日	与您的关系	现居地址	是否会跟您一起去澳洲旅游	
		母亲		是	否
		父亲		是	否
		配偶		是	否
		小孩		是	否

是否在澳洲有任何亲戚或朋友		是(请提供信息)	否			
姓名	生日	与您的关系	居住地址	在澳洲的身份		
				公民	永久居民	
				公民	永久居民	
				公民	永久居民	
				公民	永久居民	
是否打算在澳洲学习	是(请提供信息)	否				
学校名称		就读科系		就读时间		
过去 5 年是否在国籍以外的国家居住超过 3 个月			是(请提供信息)	否		
国家		居住日期	离开日期			
谁会支付您在澳洲旅行的费用,如为其他人,请提供信息						
支付者姓名	支付者生日	支付者与您的关系	支付者地址	支付者提供		
				金钱	住宿	其他
				金钱	住宿	其他
是否打算在澳洲就医			是(请说明详情)	否		
是否打算在澳洲工作或者是学习医生,牙医,护士,药剂师的课程/职位			是(请提供信息)	否		
医生,牙医,护士,药剂师,如有请说明详情			是(请说明详情)	否		
是否为肺结核患者			是	否		
是否有家人为肺结核患者			是	否		
是否在行动上有任何不方便需要专护帮助			是	否		
是否有在过去 12 个月中为澳洲签证做体检			是	否		
是否在任何国家有犯罪记录			是	否		

是否有任何的犯罪纪录目前正在诉讼中				是	否		
是否有任何因为精神上的疾病而导致的犯罪行为				是	否		
是否曾经被拒绝签发签证,或被拒绝进入任何国家				是	否		
是否曾在澳洲超过签证或居留许可允许的期限停留?				是	否		
是否曾经被拒绝签发澳洲签证,或被拒绝进入澳洲				是	否		
是否目前有任何積欠澳洲政府或者是机构的债务尚未还清				是	否		
是否有服过兵役				是	否		
您将如何支付您的政府费用(请选择)		银行本票		银行汇票		信用卡(请提供以下信息)	
信用卡类型	MASTCARD	AMERICAN EXPRESS	VISA	DINERS CLUB		JCB	
卡号	卡的过期年月			持卡人姓名			
持卡人地址				持卡人电话			

## 澳洲旅游签证文件清单

- 护照, 尚有六个月以上之效期
- 护照第一页复印件(有个资的那一页)
- 改名证(如有改过姓名)
- 出生证
- 服兵役或者是兵役退役证明(如有)
- 加拿大身分证明文件(如枫叶卡,公民证,公民卡,工卡,驾照,医疗卡)
- 一张两吋、彩色、白色背景、六个月内拍摄之照片。
- 三个月内核发之银行存款证明, 其上需记载申请人姓名。
- 存款证明以及其他财产证明文件(如房产,报税纪录,薪资单等等)
- 邀请函(如有)
- 雇主信或者是自雇证明
- 在学证明(如有)
- 机票复印件或旅行社所发行程表复印件。
  - 签证费: 每人澳币 130 元(现居地在澳洲以境外)