



APPLICATION FOR ADMISSION

申込書

Picture here
顔写真

Class to enroll in クラス名 SUMMER SCHOOL		School Year 年度 2011	Date: 記入日
Applicant's Name 申込本人氏名	First (名)	Last (姓)	Gender 性別 <input type="checkbox"/> Female 女性 <input type="checkbox"/> Male 男性
氏名 (日本語)			
Address 〒 住所			
Home Phone: 電話番号 (自宅)	Mobile Phone: 携帯電話 (緊急)	E-mail (携帯または PC)	
Birth Date / / 誕生日 Mo Day Yr.	Age 年齢 ()Years ()Months	School Name & Grade 学校名 学年	
How many brother(s)/sister(s) does the child has? _____ How old are they? _____ ご兄弟、ご姉妹は何名ですか？そして何歳ですか？			
Please indicate the session(s), date(s) and the age group or class to which the child will be enrolled ご希望のセッションとコースにチェックを入れてください。			
Session セッション	コース		
<input type="checkbox"/> SESSION I (7/25~7/29)	<input type="checkbox"/> Toddler and Parent(_5 days/_ 3days/_ 2 days)		
	<input type="checkbox"/> 2-3 years old <input type="checkbox"/> 4-6 years old <input type="checkbox"/> Elementary grade(学年)_____		
<input type="checkbox"/> SESSION II (8/1~8/5)	<input type="checkbox"/> Toddler and Parent(_5 days/_ 3days/_ 2 days)		
	<input type="checkbox"/> 2-3 years old <input type="checkbox"/> 4-6 years old <input type="checkbox"/> Elementary grade(学年)_____		
<input type="checkbox"/> SESSION III (8/8~8/12)	<input type="checkbox"/> Toddler and Parent(_5 days/_ 3days/_ 2 days)		
	<input type="checkbox"/> 2-3 years old <input type="checkbox"/> 4-6 years old <input type="checkbox"/> Elementary grade(学年)_____		
Lunch: <input type="checkbox"/> Own Lunch お弁当 <input type="checkbox"/> Catering 給食		Extended Care 延長保育: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Parents Information			
Father's Name 父親		Mother's Name 母親	
父親名 (日本語)		母親名 (日本語)	
Cell Phone (携帯電話)		Cell Phone (携帯電話)	
Home Phone (電話)		Home Phone (電話)	
Occupation (職業)		Occupation (職業)	
Work Phone (職場連絡先)		Work Phone (職場連絡先)	

Medical Information

Applicant's Full Name:

生徒氏名 _____

Does your child have any problem that we should note? (for ex. Allergies to food, medicine, or bee sting; diabetes; asthma; epilepsy; seizures) No Yes

お子さんの健康上で注意する点がございましたらご記入ください。(アレルギー、薬、糖尿、喘息、てんかん症、ケイレン等)

Does your child take any medicine on a regular basis? Yes No

日常的に服用している薬がありますか

If yes, please list medication(s), dosage, and time given _____

もし Yes の場合、薬名、分量、時間などをご記入ください。

Has your child ever been tested for any of the following:

下記の項目について検査を受けたことがありますか?

<i>Learning Disabilities</i> 学習障害	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Place/Date _____
<i>Attention Deficit/Disorder</i> 注意力不足	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Place/Date _____

IN CASE OF EMERGENCY 緊急連絡先

Contact Person: 緊急時の連絡者 _____

Relation to the child お子さんとの続柄 _____

Contact Number(s): 連絡先番号 _____

Referred By: _____

どのようにして O I S をお知りになりましたか?

- OIS Parents OIS の保護者の紹介 Relative 知人の紹介 Home Page ホームページ広告
 Newspaper Ad. 新聞広告 Leaflet 折込広告 Magazine 雑誌広告
 Transportation モノレール/バス広告 Yellow Page 電話帳広告

BUS SERVICE

Morning Pick-Up 朝の迎え

Afternoon Drop-Off 午後の送り

Bus Stop 最寄のバス停を記入してください。

FOR OFFICIAL USE ONLY

Documents on File Date: _____
