

APPLICANT'S LANGUAGE / LEARNING INFORMATION

Applicant's Native Language/本人母国語	Applicant's Second Language/本人第二言語	Applicant's Third Language/本人第三言語
What English tests has the applicant taken? / どういう英語の語学テストを受けたことがありますか?		
Test (Grade) / テスト(級) _____	Test (Grade) / テスト(級) _____	
When / いつ _____	When / いつ _____	
Score / 点数 _____	Score / 点数 _____	
How is the applicant's native language ability compared with other children of the same age and native language? / 年齢と母国語が同じ子供と比較してのお子様の母国語のレベルは?		
How is the applicant's English ability compared with native English children of the same age? / 同年齢の英語が母国語の子供と比較してのお子様の英語のレベルは?		
Please specify any learning difficulties the applicant may have? / もしあなたのお子様学習上、何か問題をお持ちなら詳しく教えてください。		
Briefly describe the applicant's personality / お子様の性格について述べてください。		
What is your main reason for selecting AIS for your child's education? / お子さんの教育として、AISを選択した主な理由、聞かせてください。		

MEDICAL CONSENT

I give my permission for the school to seek medical aid and treatment for my child in an emergency situation and to sign necessary documents on my behalf.
緊急の場合の我が子に対する緊急医療行為と必要な書類への署名を学校に許可します。

PAYMENT CHOICE

3 Installments / 3回払い

Full-Payment / 一括払い

SIGNATURES

Details provided in this application are true, and the signatories below understand and agreed to all school rules and regulations of Aichi International School.

この書類に記入したすべての情報は事実であり、愛知インターナショナルスクールの校則を理解し厳守することを約束致します。

Signature of Parent/Guardian 1 Date

Signature of Parent/Guardian 2 Date

AIS Office Use: Date application received by AIS _____



Application for Admission < Kindergarten >

Aichi International School

3-4 NIJIGAOKA MEITO-KU NAGOYA 465-0078 PH: (052) 788-2255 FAX: (052) 788-2213

This document must be completed by a parent or legal guardian.

Please fill out the document in English or Japanese.

この書類は、保護者が記入すること。
英語または日本語で記入してください。

Photo
30mm×40mm

Application to Enter (Class-Age) / 入学希望学年 _____ Age _____

Desired Entry Term and Date / 入学希望学期または時期

Spring Term / 1学期 Fall Term / 2学期 Winter Term / 3学期

Month / 月 _____ Year / 年 _____

APPLICANT'S GENERAL INFORMATION

Family Name	Legal Given Names	Kanji / 漢字 (フリガナ)
Sex / 性別 M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date of Birth / 生年月日 Day/日 ____ Month/月 ____ Year/年	Place of Birth / 本人出生地
Citizenship(s) / 国籍		Language(s) Spoken at Home / 家庭で通常話している言語
Home Address in Japan / 日本の住所		E-mail / Eメールアドレス
City / 市・郡	Prefecture / 都道府県	Postal Code / 郵便番号
Home phone / 電話番号 () -		Home Fax / ファックス番号 () -
Current School Name / 学校名		Location / 学校所在地
School Type / 設立形式 Public / 公立 <input type="checkbox"/> Private / 私立 <input type="checkbox"/>		Date Entered / 入学時期 Day/日 ____ Month/月 ____ Year/年
Present Class-Age / 現学年		Expected Date of Completion / 現学年完了予定時期 Day/日 ____ Month/月 ____ Year/年

DETAILS OF PARENT/GUARDIAN 1

Name Legal Given Names		Kanji/漢字 (フリガナ)	
Citizenship /国籍		Native Language /母国語	
Relationship/続柄		Second Language /第二言語	
Residential Address/現住所		E-mail/E メールアドレス	
City/市・郡	Prefecture/都道府県	Postal Code/郵便番号	
Home phone/電話番号 () -		Cell phone/携帯電話番号 () -	
Occupation/職業		Company Name/勤務先名	
Business Address/勤務先住所			
Business Telephone/勤務先電話番号 () -		Business Fax Number/勤務先ファックス番号 () -	

DETAILS OF PARENT/GUARDIAN 2

Family Name Legal Given Names		Kanji/漢字 (フリガナ)	
Citizenship /国籍		Native Language /母国語	
Relationship/続柄		Second Language /第二言語	
Residential Address/現住所		E-mail/E メールアドレス	
City/市・郡	Prefecture/都道府県	Postal Code/郵便番号	
Home phone/電話番号 () -		Cell phone/携帯電話番号 () -	
Occupation/職業		Company Name/勤務先名	
Business Address/勤務先住所			
Business Telephone/勤務先電話番号 () -		Business Fax Number/勤務先ファックス番号 () -	

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Name/氏名	Relationship/続柄
Address/住所	E-mail/E メールアドレス
Home phone /電話番号 ()	Cell Phone/携帯電話番号 ()

BROTHERS AND SISTERS

Name/氏名	Kanji/漢字	Sex/性別	Age/年齢	Grade/学年	Name of School/学校名

APPLICANT'S HEALTH INFORMATION

Height/身長 cm	Weight/体重 kg	Eyesight/視力	Hearing Ability/聴力
Blood Type/血液型 A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/>		RH+ <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/>	Allergies/アレルギー
Vaccinations Received/接種した予防接種 Poliomyelitis/ポリオ <input type="checkbox"/> DPT Triple Vaccine/3種混合 <input type="checkbox"/> Measles/麻疹はしか <input type="checkbox"/> Rubella/風疹 <input type="checkbox"/> Other/その他 _____ <input type="checkbox"/>			
Has the applicant previously been hospitalized?/過去に病院などに入院した事がありますか? No/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい <input type="checkbox"/> When (day, month, year)/日 月 年 _____ How long?/期間 _____ Reason/理由 _____			
Has the applicant previously lost consciousness?/意識不明となった事がありますか? またその原因は、何ですか? No/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい <input type="checkbox"/> When (day, month, year)/日 月 年 _____ Reason/理由 _____			
Is the applicant currently taking medication or receiving treatment? Also, please mention any medical conditions of which the school should be aware. 現在治療中の病気、常用している薬はありますか? また健康上、学校側が知っておくべき事、注意を必要とする事を述べてください。			
Family Doctor/掛かり付け医師の名前		Doctor's Telephone/医師の電話番号 () -	