



Application for Admission < Elementary >

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。

Application to Enter(Grade)/入学希望学年 Grade \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Photo 30mm×40mm
--------------------

Please submit the ¥33,000 application fee along with the AIS application form for your child's application to be accepted. Payment can be made in person or by bank transfer to: MUFG Bank, Ltd. (Imaike Branch [263]), Savings Account 3968668, SWIFT Code BOTKJPJTXXX, Account Name: NIP CORPORATION 《カエヲ化》 Beneficiary Account Number for overseas remittance: 263-3968668 Bank address:1-9-10 Imaiike, Chikusa-ku Nagoya, Aichi, Japan. If paying from overseas, please select "OUR" so all transfer fees are covered by the sender. Thank you for your cooperation.

出願書類のご提出時に、申込金33,000円をお支払いください。お支払いが確認でき次第、出願を受理いたします。お支払いは、以下の口座へのお振込み、またはオフィスにて現金での支払いが可能です。

ゆうちょ銀行 銀行コード：9900 店番：089 口座番号：0007293 口座種別：当座

海外送金については上記三菱UFJ銀行にお振込みください。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

## APPLICANT'S GENERAL INFORMATION

Family Name		Legal Given Name	Kanji / 漢字 (カガナ)
Sex / 性別	Date of Birth / 生年月日		Place of Birth / 本人出生地
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Day/日__Month/月__Year/年		
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			
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**

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 (       )       —	

**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/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 (        )      -	

## 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? / どのような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が学習上、何か問題をお持ちなら詳しく教えて下さい。

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 \_\_\_\_\_