



# APPLICATION FOR ADMISSION

## 申込書

Picture here  
顔写真

Class to enroll in クラス名 <b>SUMMER PROGRAM</b>		School Year 年度 <b>2010</b>	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。			
<b>Session</b> セッション	<b>コース</b>		
<input type="checkbox"/> SESSION I (7/26~7/30)	<input type="checkbox"/> Infant and Parent( _5 days/_ 3days/_ 2 days) <input type="checkbox"/> Hummingbird <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 (8/2~8/6)	<input type="checkbox"/> Infant and Parent( _5 days/_ 3days/_ 2 days) <input type="checkbox"/> Hummingbird <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 (8/9~8/13)	<input type="checkbox"/> Infant and Parent( _5 days/_ 3days/_ 2 days) <input type="checkbox"/> Hummingbird <input type="checkbox"/> 2-3 years old <input type="checkbox"/> 4-6 years old <input type="checkbox"/> Elementary grade(学年)_____		
<b>Lunch:</b> <input type="checkbox"/> Own Lunch お弁当 <input type="checkbox"/> Catering 給食	<b>Extended Care</b> 延長保育: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		
<b>Parents Information</b>			
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: \_\_\_\_\_