

# 入学申込書

オハイオ西部日本語学校長 様

この度、貴校に子どもを入学させたく思いますので、申し込みます。

入学(初登校)希望日	年	月	日
------------	---	---	---

◎本校在籍予定の子どもさんの情報 (※ 年齢上の子どもさんからご記入ください)

フリガナ		小	中	高	男	生 年 月 日
子どもの名前		( )	年	女	西暦	年 H・R 年 月 日
フリガナ		小	中	高	男	生 年 月 日
子どもの名前		( )	年	女	西暦	年 H・R 年 月 日
フリガナ		小	中	高	男	生 年 月 日
子どもの名前		( )	年	女	西暦	年 H・R 年 月 日

保護者現住所	(STREET)				
	(CITY)	(STATE)	(ZIP)		
Eメールアドレス					
保護者名	父	携帯電話番号	-	-	
		携帯電話キャリア			
	母	携帯電話番号	-	-	
		携帯電話キャリア			
勤務先名					
勤務先住所	(STREET)	(CITY)			
	(STATE)	(ZIP)	電話番号	-	-

本校へ転入学する前の学校等名	
----------------	--

記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者サイン \_\_\_\_\_

# 家庭調査票

記入日: 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

オハイオ西部日本語学校

◎本校在籍(今年度の入学予定も含みます)子どもさんの情報 (※ 年齢上の子どもさんからご記入ください)

フリガナ			小	中	高	男	生年月日					
子どもの名前			( )	年	女		西暦	年	H・R	年	月	日
現地校名	現在・4月～							年		国		
	9月～(予定)							年		籍		
本校に伝えたい事	※ 健康面、生活面、行動面、現地校の適応状況等、その他											

フリガナ			小	中	高	男	生年月日					
子どもの名前			( )	年	女		西暦	年	H・R	年	月	日
現地校名	現在・4月～							年		国		
	9月～(予定)							年		籍		
本校に伝えたい事	※ 健康面、生活面、行動面、現地校の適応状況等、その他											

フリガナ			小	中	高	男	生年月日					
子どもの名前			( )	年	女		西暦	年	H・R	年	月	日
現地校名	現在・4月～							年		国		
	9月～(予定)							年		籍		
本校に伝えたい事	※ 健康面、生活面、行動面、現地校の適応状況等、その他											

未就学児 の名前		歳	男	女
		歳	男	女
		歳	男	女

保護者現住所		(STREET)			
		(CITY)		(STATE)	ZIP
保護者名	父	携帯電話	-	-	
		Eメールアドレス		@	
	母	携帯電話	-	-	
		Eメールアドレス		@	
勤務先名					
勤務先住所		(STREET)		(CITY)	
		(STATE)	(ZIP)	電話番号	-

## 緊急時に備えて

オハイオ西部日本語学校

◎本校在籍の子どもさんの情報 (※ 年齢上の子どもさんからご記入ください)

フリガナ		小	中	高	男	生年月日	
子どもの名前		( )	年		女	西暦	年 H・R 年 月 日
ホームドクター	お名前						
	連絡先						
※ 持病やアレルギー等、身体・健康に関する情報で、安全管理上学校との共有が必要と思われる情報については、必ず記入ください。							

フリガナ		小	中	高	男	生年月日	
子どもの名前		( )	年		女	西暦	年 H・R 年 月 日
ホームドクター	お名前						
	連絡先						
※ 持病やアレルギー等、身体・健康に関する情報で、安全管理上学校との共有が必要と思われる情報については、必ず記入ください。							

フリガナ		小	中	高	男	生年月日	
子どもの名前		( )	年		女	西暦	年 H・R 年 月 日
ホームドクター	お名前						
	連絡先						
※ 持病やアレルギー等、身体・健康に関する情報で、安全管理上学校との共有が必要と思われる情報については、必ず記入ください。							

### ◎ 保護者へ緊急連絡方法

保護者現住所		(STREET)	(CITY)	(STATE)
		(CITY)	(STATE)	ZIP
保護者名	父	携帯電話	-	-
		Eメールアドレス		@
	母	携帯電話	-	-
		Eメールアドレス		@
勤務先名		勤務先電話	-	-

### ◎ 保護者に連絡が取れない場合の緊急連絡先(友人等)

お名前	その方のご関係	電話番号	
	友人・会社関係 他( )	自宅	- -
		携帯	- -

## 緊急時の措置に関する本校の考え

オハイオ西部日本語学校

ご存知の通りアメリカ合衆国においては一般的に、子どもが学校の管理下で事故に遭った場合、保護者の同意なしで学校が独自に判断し措置を行うことはできません。

本校も基本的には同様な立場で、大きな怪我や急病の際は、速やかに保護者に連絡を取り、その後は保護者の責任で対応していただくように考えています。

この主旨をご理解いただき、下記の同意書に記載・署名の上、ご提出ください。

なお、同意できないとお考えの場合は、その旨と理由を別途書面にてお書きいただきご提出ください。

## 緊急時の措置に関する同意書

私、   (保護者名前) は、私の子ども    (児童生徒名前) が学校で病気になるたり怪我をした場合、オハイオ西部日本語学校が私に代わって下記の行為をとること認めます。

I,    (name of parent or guardian), give permission to Western Ohio Japanese Language School to act on my behalf and take following actions should my child,    (student's name) become ill or injured during his/her attendance at the school.

1. 緊急時、学校は直ちに児童生徒の保護者に連絡を取るよう努める。  
1. In case of emergency, the school will attempt to make immediate contact with the student's parent or guardian.
2. 保護者に連絡が取れない場合、学校は私が連絡先を提出している「ホームドクター」に連絡を取り、指示を受けるよう努める。  
2. In the case of failure make to contact with his/her parent or guardian, the school will attempt to make a contact with the student's primary doctor, whose contact phone number and address have been submitted to the school at the beginning of each school year, in order to obtain the doctor's advice.
3. ホームドクターに連絡が取れないときには、学校が必要と判断する措置をとる。  
3. In case of failure make to contact with the primary doctor, the school will take the necessary steps on its own discretion.

子どもの名前    (漢字)    (英字)  
Name of child

保護者の署名    (日付)      年      月      日

Signature of guardian    Date