

## 入学書類の書類記入上の注意（記入前にお読みください。）

### ※本校の学齢について

- ◆ 幼稚部年中組に入学できる者は、その年の4月2日現在で満4才とする。
  - ◆ 小学部第1学年に入学できる者は、その年の4月2日現在で満6才とする。
  - ◆ 中学部第1学年に入学できる者は、その年の4月2日現在で満12才とする。
  - ◆ 高等部第1学年に入学できる者は、その年の4月2日現在で満15才とする。
1. 項目内容が未定の場合は、現時点でわかっている箇所を記入ください。未記入の部分については確定後、事務局へすみやかに再提出をお願いします。  
担当 事務主任 859-572-6197 jls\_office@nku.edu
  2. 自宅電話番号が未定の場合は、記入する携帯番号が生徒名簿、およびクラスの緊急連絡網に掲載されます。確定後は上記担当へお知らせください。
  3. 新規入学希望者については、校長面接を経て入学が許可となります。入学書類を受領後、面接日を連絡差し上げます。
  4. 記入に際し、和文は全て楷書とし、英文は大文字の活字体を使用して下さい。
  5. 「新規・変更」欄は、新年度の準備として提出される場合（前年度2月～3月まで）は、新規とし、「新規」を○で囲んで「提出年月日」を記入下さい。また年度途中で変更が生じた場合は「変更」を○で囲み、変更項目を記入し、その提出日を記入下さい。
  6. 「氏名」欄は、日本語名のある方は「英語」欄にはローマ字を記入下さい。また英語名の方は「日本語」欄にはカタカナ等で御記入下さい。本校における表記は日本語（漢字・ひらがな・カタカナ）で行います。
  7. 「本校入学日」欄は、学部に関係なく補習校に入る初日を記入下さい。
  8. 「日本出国月」欄は、お子さんが海外生活のために初めて日本を出た月を記入下さい。
  9. 「海外滞在計」欄は、日本国外での在住期間の総計を記入下さい。
  10. 「現在通学中の現地校」欄の「学区」と「校名」欄は、正式名称を大文字の活字体で記入下さい。
  11. 「現在通学中の現地校」欄の「学年」欄は、左上の提出年月日現在の学年を記入下さい。
  12. 「9月からの現地校名」欄は、現地校が変わる方のみ記入ください。もし、その結果学区も変更になる場合は、校名の後ろに（ ）書きで御記入下さい。
  13. 「転入学前の学校名」欄は、日本での最終学校名を記入下さい。卒業と同時に来られた方は、その卒業校を記入下さい。本校内で進級した方（幼から小、小から中、中から高）も日本での最終学校名を記入下さい。また、他国・他州から転校の方は、該当校名を記入下さい。
  14. 「転入学前の学校名」欄の「都道府県」「市町村私」等は、該当のものを○で囲んで下さい。
  15. 「家族の状況」欄は、現在同居している方を記入下さい。他に同居していない家族がいる場合は、本人の御両親ならびに兄弟姉妹の場合に限り記入下さい。もし、欄が不足の場合は、最下欄の欄外空白に記入下さい。
  16. 「病気・怪我及び緊急時の対応」欄は、希望されないもしくは該当ない場合は、空欄にせず斜線を御記入下さい。
  17. 「病気・怪我、及び緊急時の対応」欄の「保護者のサイン」は、この欄に関する保護者の方の同意確認のためのサインですので、確認の上お忘れなくサインをお願いします。
  18. 「病気・怪我、及び緊急時の対応」欄内の緊急時対応について「同意します」に○をつけられた方は、別紙「MEDICAL INFORMATION/PARENTAL CONSENT FORM」も合わせて提出下さい。
  19. 「MEDICAL INFORMATION/PARENTAL CONSENT FORM」は、現地病院に緊急処置を要請する場合に提示するフォームです。

[入学書類]

理事長	校長	事務主任	担任

# 入 部 申 込 書

20 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

シンシナティ日本語補習校  
理事長宛

保護者 \_\_\_\_\_

下記の者、20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日（土）より貴校に入学させたいので、必要書類を添えて申し込みます。

また、入部を申し込むにあたり、私は保護者として、本校の設立目的を理解し、学校運営に積極的に参加し支援することを約束します。入部後は※貴校の方針に同意しそれに従います。

（※「学校要覧」および「保護者の方へ」を参照ください）

保護者サイン

## 記

### 1. 本人に関すること

学部・学年	幼稚部年中・年長・小学・国語教育クラス（小2～6年）・中学・高等部	年
ふりがな		
氏名	男・女	
生年月日	平成 (西暦 ) 年	月 日生

### 2. 保護者に関すること

ふりがな			
保護者名			
Eメールアドレス			
自宅住所	STREET	CITY	STATE ZIP
自宅電話 ※未定の場合は 携帯電話番号	自宅 ( )	-	※携帯 ( ) -
勤務先名			
勤務先電話	( )	-	内線 ( )

# 生徒個人調書

シンシナティ日本語補習校

新規・変更	変更の場合の項目名:		提出年月日	20	年	月	日
部・学年	部・第 学年 組						
氏名	ふりがな			本校入学日	20	年	月 日
	日本語	(男・女)		米国入国月日		年	月 日
	英語			生年月日(西暦)		年	月 日
自宅住所	STREET		電話( )		—		
	CITY		STATE		ZIP		
現在通学中の現地校	学区	( ) School District					
	校名						
	学年	( ) 年在学中	電話	( )	—		
	9月からの現地校名						
転入学前の学校名	[ ]都道府県 [ ]市町村私立 ※豊田市からは教材配布があるので必ず記入してください。 [ ]幼稚園・保育所 小・中・高等学校						

○保護者並びに家族の状況(本人を除く)

続柄	氏名	勤務先名・兄弟姉妹の場合は本校学年	勤務先TEL
父			( ) —
母			( ) —

○父母の教員免許の有無、並びに経験年数(できるだけ、ご記入ください。)

免許の有・無	氏名	学年・教科	経験年数

○疾患及び体質等

<p>1.アレルギーの有無</p> <p><input type="checkbox"/>ある            <input type="checkbox"/>なし</p> <p>また、学校でのエピペン保管を希望されますか？</p> <p><input type="checkbox"/>希望する        <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p>*「ある」と答えた方、具体的なアレルギーの種類をご記入下さい。</p>
<p>2.特別支援に関して</p> <p>*日本または現地校等で特別支援教育を受けている、または以前受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/>ある            <input type="checkbox"/>ない</p> <p>*「ある」と答えた方、どのような教育、対応を受けていたかご記入下さい。</p>
<p>3.その他(担任、学校に知っておいてほしいこと)</p>

○病気・けが及び緊急時の対応

<p>私は病気・けが等の時には、学校が下記の左からの順で措置することに同意します。</p>				
	<p>1. 保護者に連絡 (自宅以外の携帯電話等)</p>	<p>2. 下記の人に連絡</p>	<p>3. ホームドクターに連絡</p>	<p>4. 連絡がとれない時</p>
氏名	父 母			<p>( )学校に任せる ( )その他の方法*</p> <p>*以下に具体的に記入</p>
電話	父(        )    - 母(        )    -	(        )    -	(        )    -	
<p>私は緊急時の時には、上記にそった連絡を行った後、 近くの病院にかかることに (        )同意します。 (        )同意しません。</p>			<p><b>保護者のサイン</b></p>	

( ) 学部 ( ) 学年 氏名 ( )

この様式は、別紙「生徒個人調書」の「病気・怪我、及び緊急時の対応」にそって、現地病院にかかる必要が生じた場合に、これを提示し、緊急処置を依頼するための同意書です。従って下記欄はすべて英文で記入ください。

**MEDICAL INFORMATION/ PARENTAL CONSENT FORM**

**PART I**

**1. Parent's Information**

Parent's Name \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_  
Phone # ( ) - \_\_\_\_\_ Phone # ( ) - \_\_\_\_\_

**2. Student's Information**

School Name Japanese Language School of Greater Cincinnati  
Student's Full Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_  
Blood Type \_\_\_\_\_ Insurance Co. \_\_\_\_\_  
Insurance No. \_\_\_\_\_ Phone # ( ) - \_\_\_\_\_

**Medical History:** Allergies, medications being taken and any physical impairments etc.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Medical Information**

Doctor's Name \_\_\_\_\_ ( ) - \_\_\_\_\_  
Phone No. \_\_\_\_\_  
Dentist's Name \_\_\_\_\_ ( ) - \_\_\_\_\_  
Phone No. \_\_\_\_\_

**PART II**

To: Japanese Language School of Greater Cincinnati

If medical care is required for my child while under school authority, I authorize the Japanese Language School to obtain medical care at St. Luke Hospital or at the nearest medical facility.

Date \_\_\_\_\_

Signature of Parent \_\_\_\_\_