|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Formulario de Inscripción 2024** |
| **ISI Japanese Language School Education Center**  *8-15-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023　Japan*  *TEL : +81- 3-5962-0405 　FAX : +81- 3-5937-0477　 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/es/* |

Importante: Todas las secciones deben ser rellenadas. Por favor, escribe con claridad y selecciona las casillas 🗹 correspondientes.

Me gustaría inscribirme en el curso de corta duración de Japonés.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL INTERESADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido(s) **:**  Tal y como en el pasaporte | | |  | | | | | | | Nombre(s) **:**  Tal y como en el pasaporte | | | | | | |  | | | | | | | Fotografía  \*Por favor, envianos la foto en formato JPEG/PNG | | | |
| Dirección completa**:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | Código postal**:** | | | | | | |
| Tel**:** | | | | | | |
| E-mail**:** | | |  | | | | Fecha de nacimiento**:** | | | | | | AAAA/ MM/ DD/ | | | | | | | | | | |  | | | |
| Sexo**:** | | | Hombre  Mujer | | | | Nacionalidad**:** | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Nº de pasaporte**:** | | |  | | | | Válido hasta**:** | | | | | | AAAA/ MM/ DD/ | | | | | | | | | | |
| Profesión**:** | | |  | | | | Empresa/Escuela**:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Estado de la visa**:** | | | Visa de turista Visa de vacaciones de trabajo Visa de trabajo Visa de estancia familiar  Otros( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contacto de emergencia**:** | | | Nombre**:** | | | | | Tel**:** | | | | | | | | | | Relación**:** | | | | País**:** | | | | | |
| **CONOCIMIENTOS DE JAPONÉS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Has estudiado japonés antes? | | | | | Sí 🡪　 (¿Cuánto tiempo? 　 Año(s) 　　 Meses) | | | | | | | | | | | | | | | | | | No | | | | |
| ¿Has aprobado el JLPT? | | | | | Sí (JLPT N )　　　　　　 No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITUD DE ESCUELA Y CURSO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escuela**:**  (Curso) | Takadanobaba, Tokio（Japonés General） 　  Ikebukuro, Tokio（Japonés General）  Shibuya, Tokio（Japonés General）  Shibuya, Tokio (Japonés de Negocios)　con el Programa \*1 de Apoyo para aquellos con visado Working Holiday （　SI）  Harajuku, Tokio (Japonés de Negocios)　con el Programa \*1 de Apoyo para aquellos con visado Working Holiday （　SI）  Harajuku, Tokio (Curso de tardes)　con el Programa \*2 de Apoyo para aquellos con visado Working Holiday（　SI）  Osaka（Japonés General） 　  Kioto（Japonés General） 　  Nagano（Japonés General） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio**:** | | AAAA/ MM/ DD/ | | | | | Fecha de fin**:** | | | | | | | AAAA/ MM/ DD/ | | | | | | | Duración**:** | | | | semanas | | |
| Tipo de curso que prefieres**:** | | | | Presencial　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Online（sólo curso de tarde） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*1 Las personas con un visado Working Holiday que se inscriban por al menos 6 meses, contarán con un apoyo para la búsqueda de trabajo de la mano de nuestros consejeros de carrera especializados.  ＊2 Los estudiantes del "Curso de Tarde" pueden recibir referencias para trabajos de medio tiempo, conferencias especiales fuera de clase y apoyo para participar en sesiones de información de empresas.  **ALOJAMIENTO Y RECOGIDA EN EL AEROPUERTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Necesitas alojamiento con nosotros? | | | | | |  | Sí | | | | | | | | | | | |  | No | | | | | | | |
| ---En caso afirmativo, ¿en qué tipo de alojamiento querrías hospedarte? | | | | | |  | Apartamento semanal  ( individual  doble) | | | | | | | | | | | |  | Residencia de estudiantes  ( individual  doble triple) | | | | | | | |
|  | *Guesthouse* ( individual  doble) | | | | | | | | | | | |  | *Homestay* | | | | | | | |
| -En caso negativo,¿dónde planeas alojarte？ | | | | | | Hotel　　　　　　Casa de amigo/conocido　　　　　 Otro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ---En caso afirmativo, fecha de ingreso**:** AAAA/ MM/ DD/ | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de salida**:**  AAAA/ MM/ DD/ | | | | | | | | | | | | |
| Aeropuerto de llegada**:** | | | Narita (NRT) 　　　　　　　 　Haneda (HND)　　　　 　　  　Kansai Int’l (KIX) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de vuelo (si ya has reservado)**:** | | | | | | | | | | | Llegada**:** Fecha**:**  AAAA/ MM/ DD/ Hora: \_\_\_:\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Necesita servicio de recogida en el aeropuerto?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | No  Ida y vuelta  **(elige uno→)** | **Destino** | **Método** | **Tarifa solo ida** | |  | (Tokio) Residencia de estudiantes | Coche compartido | 20,000 JPY \*Día y hora de entrada designados: 8,000 JPY | |  | (Tokio) Apartamento semanal/*Guesthouse* | Taxi | 31,000 JPY | |  | (Tokio) *Homestay* | Coche | 32,000 JPY | |  | (Osaka) Apartamento semanal/*Guesthouse* | Taxi | 31,000 JPY | |  | (Osaka/Kioto) *Homestay* | Coche | 33,900 JPY | |  | (Kioto) Escuela/Residencia de estudiantes | Taxi compartido | 30,000 JPY \*Día y hora de entrada designados:11,000 JPY | |  | (Nagano) Escuela/Residencia | Taxi compartido | A partir de 33,000 JPY | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENTRADA A JAPÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Te han denegado alguna vez la entrada a Japón? | | | | | | | | |  | | | Sí 🡪 (Motivo: ) | | | | | | | | | | | | | |  | No |

\* Por favor, rellena la siguiente página con la Declaración del Estado de Salud.

|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Declaración del Estado de Salud** |
| **ISI Japanese Language School Education Center**  *12F Sumitomo Fudosan Shinjuku Grand Tower, 8-17-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-6112 Japan*  *TEL : +81- 3-5962-0405 　FAX : +81- 3-5937-0477　 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/es/* |

Por favor, utiliza este formulario de declaración para proveer información relativa a tu actual estado de salud.

Para que todos los estudiantes estén saludables, es importante que los miembros facultativos sean conscientes de la condición de tu salud así que, por favor, rellena los siguientes campos de forma detallada.   
Ten en cuenta que no ofrecemos consulta médica ni medicamentos en la escuela. Esta declaración será confidencial.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Cuál es tu estado actual de salud? | | | Muy bueno  Normal  No muy bueno  Malo | | | |
| 1. ¿Estás en la actualidad bajo tratamiento debido a algún problema de salud? | | | No  Sí | | Desde Año/ Mes/  Nombre de la enfermedad (　　　　　　　　　　　　 　 　） | |
| 1. ¿Estás tomando algún medicamento actualmente? (Incluyendo medicamentos de sin receta) | | | No  Sí | | Fecha de la prescripción: Año/ Mes/ Medicamento: 　Tranquilizante 　somníferos Fármaco antiepiléptico  Medicamento para asma   Otros:（　　　 　 　 　　　　　　 　） | |
| 1. ¿Has sido sometido a cirugía o has estado hospitalizado en los últimos 5 años? | | | No  Sí | | Fecha: Año/ Mes/  Motivo（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | |
| 1. ¿Presenta usted alguno de los siguientes antecedentes médicos? 2. En caso afirmativo, por favor, elige la opción correspondiente a continuación y rellena los detalles. | | | | | | |
| 1. Tuberculosis | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Estado actual 　Recuperado/a　 　Medicándome | | |
| 1. Trastorno mental | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Depresión  Ansiedad  Trastorno de pánico  Insomnio　　 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad（TDAH)  Other ( ) | | |
| 1. Alergias, incluyendo asma | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Comida  Fármaco  Productos químicos  Otros（　　　　　　　　　　 　　　　 ） | | |
| 1. Malaria u otro tipo de enfermedad contagiosa | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Nombre: | | |
| 1. Diabetes | No  Sí | Comienzo  Año/ Mes/ | | Estado actual  　Tomando medicamentos  　Inyecciones de Insulina | | |
| 1. Convulsiones   o ataques epilépticos | No  Sí | Comienzo  Año/ Mes/ | |  | | |
| 1. Otras | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Estado actual  Recuperado/a　  Medicándome | | |
| 1. ¿Tienes un historial de vacunación? | | Tuberculosis  Triple viral  Polio  Sarampión  Rubeóla   Difteria  Tétano  Meningitis　  Otras（　　　 ） | | | | |
| 1. Necesidades especiales por tratamiento alimenticio o restricciones de dieta | | No  Sí | | | | Desde: Año/ Mes/  Detalles（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  Motivo（　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Por favor, escribe cualquier información relacionada con tu salud que la escuela deba saber con anticipación. | | | | | | |

**El abajo firmante certifica por la presente haber leído la política de anulación y reembolso, y confirma que todas las informaciones arriba escritas son ciertas.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma del interesado:** |  |  | **Fecha:** | **AAAA/ MM/ DD/** |