|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Formulario de Inscripción 2025** |
| **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) | [ ]  Shinjuku, Tokio（Japonés General）　 [ ]  Ikebukuro, Tokio（Japonés General） [ ]  Shibuya, Tokio（Japonés General）\*1　　　　[ ]  Takadanobaba, Tokio（Japonés General）\*1　[ ]  Osaka（Japonés General） [ ]  Kioto（Japonés General） [ ]  Nagano（Japonés General）  |
| [ ]  Shibuya, Tokio (Japonés de Negocios)　con el Programa \*2 de Apoyo para aquellos con visado Working Holiday （[ ] 　SI）[ ]  Takadanobaba, Tokio (Japonés de Negocios)　con el Programa \*2 de Apoyo para aquellos con visado Working Holiday （[ ] 　SI） |
| [ ]  Shibuya, Tokio (Curso de tardes)　con el Programa \*3 de Apoyo para aquellos con visado Working Holiday（[ ] 　SI）　 |
| 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 El curso de japonés de corta duración de las escuelas de Shibuya y Takadanobaba es únicamente para principiantes. El plazo mínimo de inscripción para los cursos de corta duración es de 4 semanas para el curso de japonés de negocios, y de 2 semanas para el curso de japonés general.\*2 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.＊3 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 seminal ([ ] individual [ ] doble / [ ] sin preferencia [ ] para fumadores [ ] no fumadores)  |
| [ ]  Residencia de estudiantes ([ ] individual [ ] doble [ ] triple [ ] cuadruple \*triple, cuadruple Sólo escuela de Nagano) |
| [ ]  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 | 41,000 JPY~ \*Día y hora de entrada designados: 23,000 JPY~ |
| [ ]  | (Tokio/Osaka) Apartamento semanal/Guesthouse | Taxi  | 41,000 JPY~ |
| [ ]  | (Tokio/Osaka/Kioto) Homestay | Coche | 41,000 JPY~ |
| [ ]  | (Kioto) Residencia de estudiantes | Coche | 40,000 JPY~  |
| [ ]  | (Nagano) Escuela/ Residencia de estudiantes | Coche/Taxi compartido | 33,000 JPY~ |

 |
| **ENTRADA A JAPÓN**  |
| ¿Te han denegado alguna vez la entrada a Japón?  | [ ]  | Sí 🡪 (Motivo: ) | [ ]  | No |

**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/**  |

\*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/**  |