|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **2024年度　入学願書 (短期コース)** |
| **ISI日本語学校　入学相談センター***160-0023 東京都新宿区西新宿 8-15-1**TEL :* *03-5962-0405 FAX : 03-5937-0477* *E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/ja* |

すべての項目に必要事項を記入し、適当なところにチェック 🗹を付けてください。 **下記の通り、短期コースに申し込みをいたします。**

|  |
| --- |
| **申請人情報**写真＊データで顔写真をお送りください。 |
| ローマ字姓: |  | ローマ字名: |  |  |
| 漢字姓: |  | 漢字名: |  |
| 住所: | 　 | 郵便番号： |
| 電話番号： |
| E-mail: |  | 生年月日: |  　 /年 　 /月 　 /日 |  |
| 性別: | [ ]  男 　　[ ]  女 | 国籍: |  |
| パスポート番号: |  | 有効期限: |  　 /年 　 /月 　 /日 |
| 職業: |  | 勤務先名または学校名: |  |
| 日本滞在中のビザの種類: | [ ]  　短期滞在ビザ　　[ ]  　ワーキングホリデービザ　　[ ]  　就労ビザ　　[ ]  　家族滞在ビザ　　[ ]  　その他（　 　　　 　　　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先: | 名前： | 電話番号： | 続柄： | 国籍： |
| **日本語能力** |
| 日本語を勉強したことはありますか？ | [ ] 　はい→　(日本語学習期間は？ 年 ヶ月) | [ ]  | いいえ |
| 日本語能力試験は合格しましたか？ | ☐ はい→　( 　　　級)合格　　　　　　　　☐ いいえ |
| **申し込む学校・コース** |
| 学校名:（コース） | [ ]  高田馬場校（総合日本語）　　　　　[ ]  池袋校（総合日本語）　　　　　[ ]  渋谷校（総合日本語）[ ]  渋谷校（キャリア日本語）/ ワーキングホリデーサポートプログラム\*1　（　[ ] 　有 ）　　　　　　　　　　　　　　[ ]  原宿校（キャリア日本語）/ ワーキングホリデーサポートプログラム\*1　（　[ ] 　有 ）　　[ ]  原宿校（イブニング）　　　/ ワーキングホリデーサポートプログラム\*２　（　[ ] 　有 ）　　[ ] 大阪校（総合日本語）　　　　　[ ] 京都校（総合日本語）　　　　　[ ] 長野校（総合日本語）　　　　　 |
| コース開始日: |  　　　 /年　 　　　/月 　　　/日 | コース修了日 |  /年 　/月 　 　/日 | コース期間　　　 |  | 週 |
| 受講形式: | [ ]  対面形式　　 　　　[ ]  オンライン（イブニングのみ） |
| ワーキングホリデー制度を利用して来日される方、または中長期在留者で6カ月（20週）以上受講される方に限り、＊１「短期キャリア日本語」受講生は専任キャリアアドバイザーによる就職支援を無料で受けることができます。　　＊２「イブニング」受講生はアルバイト紹介、授業外の特別講座や企業説明会参加サポートを受けることができます。**滞在先・空港送迎** |
| 滞在先手配を申し込みますか？ | [ ]  | はい | [ ]  | いいえ |
| ---「はい」と答えた方、どの滞在先を申し込みますか？ | [ ] [ ]  | ウィークリーマンション (□１人部屋 □２人部屋) | [ ]  | 学生寮 (□１人部屋 □２人部屋 □３人部屋) |
| ゲストハウス (□１人部屋 □２人部屋) | [ ]  | ホームステイ |
| ---「いいえ」と答えた方、どこに滞在する予定ですか？ | [ ]  ホテル　　　　　　 　[ ] 　友人・知人宅　　　　　　　[ ] 　その他 ( )　 |
| チェックイン日: 　　　　　　 /年　 　　　　/月 　 　　　/日  | チェックアウト日: 　　　　　　/年　 　　　　/月 　　　　/日  |
| 到着空港: | [ ]  成田空港(NRT)　 　　　[ ]  羽田空港(HND) 　　　 　　　[ ] 関西国際空港(KIX)　　 　 |
| フライト番号(すでに航空券手配済の方) : | 到着日: 　　　 　/年 　　　　/月 　　　　/日  | 到着時間:　　　　　　　　　 |
| 空港送迎手配を申し込みますか？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **チェック**[ ] いいえ [ ] はい　(片道)**(１つ選ぶ→)** | **目的地** | **送迎方法** | **片道料金** |
|[ ]  （東京）学生寮 | 乗合送迎車 | 20,000 円　　※入寮指定日時のみ　8,000円 |
|[ ]  （東京）ウィークリーマンション／ゲストハウス | タクシー | 31,000円 |
|[ ]  （東京）ホームステイ | 送迎車 | 32,000 円 |
|[ ]  （大阪）ウィークリーマンション　／　ゲストハウス | タクシー | 31,000円 |  |
|[ ]  （大阪／京都）ホームステイ　 | 送迎車 | 33,900円 |  |
| [ ]  | （京都）学校／学生寮 | 乗合タクシー | 30,000 円　　※入寮指定日時のみ　11,000円 |  10,000  |
| [ ]  | （長野）学校／学生寮 | 乗合タクシー | 33,000円～ |  |

 |
| **日本への入国歴**  |
| 日本への入国を拒否されたことはありますか？ | [ ]  | はい →(理由: ) | [ ]  | いいえ |

　　　※次頁　「健康状況に関する申告書」もあわせてご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **健康状況に関する申告書** |
| **ISI日本語学校　入学相談センター***〒160-6112 東京都新宿区西新宿8-17-1 住友不動産新宿グランドタワー12階**TEL : 03-5962-0405 FAX : 03-5937-0477**E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/ja* |

本申告書は、あなたの健康状況について、ご記入いただくものです。

この申告書は、皆さんが安心して学校生活を送れるよう、教職員が事前に皆さんの健康状態を知るためにお聞きするものですので、できるだけ詳しくご記入ください。

申告書をご提出いただいても学校では投薬、医療行為などを行うことはできませんのでご了承ください。またこの申告書の取り扱いは秘密としますのでご安心ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 現在の健康状態はどうですか？次から選んでください。
 | [ ]  大変良好 [ ] 普通 [ ]  あまり良くない　　 [ ]  悪い |
| 1. 現在、病気などの治療で通院されていますか？
 | [ ]  していない[ ]  している  | 発病時期　　　　　　年　　　　月頃　　　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 1. 現在服用中の薬はありますか？※市販薬を含む
 | [ ]  ない[ ]  ある  | 処方時期　　　　　　年　　　　月頃　　薬：[ ] 　精神安定薬　　　[ ] 　睡眠導入剤[ ] 　抗てんかん薬　　[ ] 　ぜんそくの薬　その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 過去５年以内に入院や手術をされていますか？
 | [ ]  していない[ ]  している  | 入院時期　　　　　年　　　月頃　　　入院理由（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 下記の既往歴について、該当する項目はありますか？

※ある場合は次の項目について当てはまるものにチェックし、記入する所はできるだけ詳しくご記入ください。 |
| 1. 結核感染歴
 | [ ]  ない[ ]  ある | 発病（症）時期　　　　　年　　　　　月頃 | 現在の状況[ ] 　完治　　　　　[ ] 　薬の服用中 |
| 1. 精神疾患
 | [ ]  ない[ ]  ある | 発病（症）時期　　　　　年　　　　　月頃 | [ ]  うつ病 [ ]  不安神経症 [ ]  パニック障害 [ ]  不眠　[ ]  注意欠陥多動障害（ADHD) [ ]  その他　( ) |
| 1. 喘息を含むアレルギー等の疾患
 | [ ]  ない[ ]  ある | 発病（症）時期　　　　　年　　　　　月頃 | [ ]  食べ物 [ ]  薬 [ ]  化学製品　[ ]  その他（　　　　　　　　　　 　　　 　 ） |
| 1. マラリア、その他伝染病
 | [ ]  ない[ ]  ある | 発病（症）時期　　　　　年　　　　　月頃 | 名称： |
| 1. 糖尿病
 | [ ]  ない[ ]  ある | 発病（症）時期　　　　　年　　　　　月頃 | 現在の状況[ ] 　薬の服用中　　　[ ] 　インスリン自己注射 |
| 1. てんかん又は痙攣の発作
 | [ ]  ない[ ]  ある | 発病（症）時期　　　　　年　　　　　月頃 |  |
| 1. その他
 | [ ]  ない[ ]  ある | 発病（症）時期　　　　　年　　　　　月頃 | 現在の状況[ ]  完治 [ ]  薬の服用中 |
| 1. 予防接種について、これまでに接種歴がありますか？
 | [ ]  BCG [ ]  M.M.R. [ ]  ポリオ [ ]  麻疹 [ ]  風疹 [ ]  ジフテリア　[ ]  破傷風 [ ]  髄膜炎 [ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. 特別な食事療法や食事制限等がありますか？
 | [ ]  ない [ ]  ある | 時期　　　　　　年　　　　月頃から内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　 　） |
| 1. あなたの健康状況について、当校が事前に知っておくべきことがありましたら、ご記入ください。
 |

提供した内容に相違がないことを確認し、返金・キャンセル規定について理解の上、申し込みいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人署名: |  |  | 日付: |  　　　　　　 /年　 　　　　/月 　　　　/日  |