



Student Registration Form

Fill out the form carefully for registration



Student name 生徒の名前(ローマ字) *

First Name Last Name

Phone Number *

Student name in kanji 生徒の名前(漢字)

if necessary

Student E-mail *

example@example.com

Address 住所 *

Street Address

Street Address Line 2

City State / Province

Postal / Zip Code

Gender 性別 *

Language spoken at home 家庭で使う言語 *

Nationality 国籍 *

Parents / Guardian information 保護者の情報 *

Parent(s) / Guardian (s) name
保護者の名前

Company name, occupation
会社名、職業

Work phone no.
職場連絡先

1

2

Health 健康状態

Pediatric hospital name 係りつけの病院 *

Pediatrician 担当医

Pediatric hospital phone number 病院電話番号

Please enter a valid phone number.

Hospital Address 病院の住所

Street Address

Street Address Line 2

City

State / Province

Postal / Zip Code

Past illnesses 既往症

Allergy アレルギーの有無 *

No

Yes

If yes please specify. アレルギーがある場合お知らせください

Immunization 予防接種

Immunized
接種の有無

Immunized Date
接種時期

DTAP 三種混合

Polio ポリオ

BCG

Rubella 風疹

Measles 麻疹

Chicken pox 水疱瘡

Others その他

Emergency Contact 緊急連絡先

Emergency contacts other than Parent / Guardian 保護者以外の緊急連絡先 *

Name 名前	Phone number 電話番号	Relationship 関係
1		
2		
3		

Does your child have brothers, siblings? 兄弟姉妹はいらっしゃいますか? *

Yes

No

If yes, please notify the following information. 兄弟姉妹の緊急時の連絡をお知らせください

Name 名前	School 学校名	School phone number 学校の電話番号	Grade 学年	Birthdate 生年月日
1				
2				
3				
4				

Childcare Dates 保育日

Please choose the childcare dates & time 保育日と時間をお選びください *

Childcare
登園日

Pickup time
保育時間

Monday

Tuesday

Wednesday

Thursday

Friday

Any additional request その他ご希望がありましたらご記入ください

Mobile Number *