



Kunitachi Kids International School

Application Form (入学願書)

Kindergarten
 Preschool

photo写真
2.5 x 3.5cm
スナップ写真

Date of application 申込み日 : Year年 month月 day日

Name of child:(last) (first) 子供の名前	Sex 性別 male男 <input type="checkbox"/> female女 <input type="checkbox"/>	Date of birth 生年月日 year年 month月 day日	Blood type 血液型	
Nationality 国籍:				
Address 住所: 〒		Parent(s)/guardian(s) name 保護者の名前 (last) (first) (last) (first)		
Home phone:		Mobile:		
Fax:		Occupation(職業) :		
E-mail:				
Language spoken at home 家庭で使う言葉:		Company Name<Position>(会社名/役職) :		
		< > < >		

<Food 食事>

Favorite food 好きな食べ物:	Least favorite food 苦手な食べ物:
Allergy アレルギーの有無: no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> :	

<Health 健康>

Pediatric hospital name係りつけの病院:
Pediatrician 担当医:
Tel:
Address 住所:
Past illness 既往症:

<Immunizations 予防接種>

Date Immunized 接種時期

DTAP	三種混合	year	month	day /	year	month	day /	year	month	day
Polio	ポリオ	year	month	day/	year	month	day			
BCG	BCG	year	month	day						
Rubella	風しん	year	month	day						
Measles	麻疹	year	month	day						
Chicken pox	水疱瘡	year	month	day						
Others()	その他()	year	month	day						

* Please provide the names of individuals that may also be picking up your child.

<Family members 家族構成>

*ご家族以外のお迎えの方の名前もご記入ください。

Name 名前	Relationship 関係	Age 年齢	Pick up-Please check the appropriate box.
			yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
			yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
			yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
			yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

<Emergency contacts 緊急連絡先>

Name (last) (first)	Address	Home phone and mobile numbers
		(home)
		(mobile)
		(home)
		(mobile)
		(home)
		(mobile)