



育英アフタースクール PW 校

(Japanese Children's Society)

8 Maple St #6 Port Washington, NY 11050

Phone: (516)767-3139 E-mail: AfterPW.nyikuei@gmail.com

Cell: Saturday only(516)455-3871 or (201)362-5678

Student Application Form (受講申込書)

Student Profile			
Student Name:	First Last	漢字(姓) (名)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
Birthday:	MM/DD/YYYY	School Name:	日本式学年 2016年4月時点 米国式学年 2016年9月時点
Membership:	育英サタデースクール(□NJ校・□M校・□PW校) □サンデースクール □アフタースクールNJ校 □フレンズアカデミー □ホームスクールシステム □りんごラーニングセンター 在籍年:		
Address:	Street	City	State ZIP Code
Phone:	Home Phone: ()	Cell Phone: ()	E-mail Address:
Parent Name:	First Last	漢字(姓) (名)	米国滞在(参加者) 年 月より
Note:	特記事項(アレルギー, その他特記事項があればご記入下さい。)	最近の英検取得級 *英検受講者以外は記入しなくて結構です 級 年度 回	

■ Courses *Please write the name of the courses and make a check payable to **Japanese Children's Society**

Name of the course (ご希望のコースをご記入下さい)	Tuition fee (受講料)

Total : _____

I agree to follow the school's educational and operational policy. In the event that I cannot be reached in an EMERGENCY, I hereby give permission to the school to give minimum first-aid treatment and/or take him/her to the hospital selected by the school. In this case, I agree to use the student's or his/her parent/guardian's insurance first and then Japanese Children's Society's insurance will cover the remaining balance. I also agree that pictures of the lesson may be used for this center's brochure or an advertisement.

受講するにあたり弊校の教育方針ならびに運営方針に従うことに同意いたします。なお、緊急事態の場合、本人かかりつけの医師と連絡がとれない場合、弊社で最低限の応急処置をとること、あるいは、学校が定めた病院に行くことを認めます。その場合、本人あるいは保護者の保険の適用を最初に行い、残額をNY育英学園の保険で負担することに同意します。

また、育英アフタースクールPW校で撮影した授業風景の写真を資料や広告に掲載することを了承します。

Parent Sign: _____

Date: ____ / ____ / ____

Office Use Only

--