



育英学園ポートワシントン校夏期講習

(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

受講申込書

ふりがな _____

受講者氏名 _____ 男・女

漢字(姓) _____ (名) _____ ローマ字 _____ 性別 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 日本式学年: _____ 年

住所 _____

Street Address _____ Apartment/Unit # _____

City _____ State _____ ZIP Code _____

ふりがな _____

保護者氏名 _____

漢字(姓) _____ (名) _____

Email Address _____

電話(自宅) (_____) 携帯電話 (_____)

■受講クラス (ご希望のクラスにチェックして下さい)

小1・2年 (午前9:30~11:00) 小3・4年 (午前11:10~12:40) 小5・6年 (午後1:30~3:00)

■受講週 (ご希望の週にチェックして下さい)

第1週	第2週目	第3週目	第4週目	第5週目	第6週目	第7週目	第8週目
6/29-7/3	7/6-7/10	7/13-7/17	7/20-7/24	7/27-7/31	8/3-8/7	8/10-8/14	8/17-8/21

■受講料

合計

\$400 (1コース) × _____ コース = \$ _____

*申込み時に受講料をお納め下さい。途中でコースの追加することも可能です。

*一度申し込まれた受講料は、6月20日以降はいかなる事情があっても、返金することができませんのでご了承下さい。

*チェックの宛先は、Japanese Children's Society です。

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.

受講するにあたり学園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、当学園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。

保護者署名: _____ 日付: _____

【Office Only オフィス使用欄】

申込日時	残金納入日	キャンセル日	備考