



R/Lingo Learning Center

きりんのへや こども園

(Japanese Children's Society)

2460 Lemoine Ave. #103-105 Fort Lee, NJ 07024

Phone: (201)947-4707 E-mail: ringo.nyikuei@gmail.com

2024 Summer Program Application Form (参加申込書)

Student Profile			
園児氏名:	Last	First	漢字(姓) (名) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所:	Street	City	State ZIP Code
誕生日:	MM/DD/YYYY	School Name:	
連絡先:	Home Phone: ()		Cell Phone: ()
E-mail アドレス:			
保護者 氏名:	Last	First	漢字(姓) (名)
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。		

※マンハッタンバスをご利用の方：7月2日(火)と7月18日(木)は、約1時間早い降園となる予定です。

<手続き方法>

① こちらの「申込書」、「申し込みカレンダー」と「申込金\$100(NON-Refundable)」をご提出ください。

* Please make the check payable to Japanese Children's Society ←チェックの宛先

② 納入用紙をお渡しいたしますので、残金を5月23日(木)までにお支払いください。

* If you use our school buses, the fee will be included in your full-payment. スクールバス利用希望の場合、残額納入の際にバス代も併せてお支払いいただきます。

* If you decide to cancel by 5/31, we will issue an 80% refund, and if you cancel by 6/7 it will be a 50% refund. Fees will be non-refundable after 6/8.

キャンセル方法：5/31まで参加費の80%返金、6/7まで50%返金、6/8以降返金なし

I hereby apply for the summer program with the enrollment fees. I understand how to pay the remaining fees and cancellation policy. If my application is approved, I agree to meet the financial requirements for the programs for which I am applying. I also agree to follow the school's educational and operational policy. I also agree that pictures of the lesson may be used for this center's brochure or an advertisement.

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.

上記の者、申込金のチェックと共に参加を申し込みます。納入方法、キャンセル方法は承知しています。また、参加受講するにあたりセンター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。また、りんごラーニングセンターで撮影した保育風景の写真を資料や広告に掲載することを了承します。

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、当センター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。

Parent Sign(署名):

Date(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