

年 月 日

ONE DAY CARE 申込書

Name 生徒氏名	Sex 性別	3×4
English 漢 字	Male 男 / Female 女	
Date of Birth 生年月日 (西暦)		
Nationality 国籍	Native Tongue 母国語	
Address 住所		
〒		
Phone No. (Home) 自宅電話番号	Fax No. F A X 番号	Cellular Phone No. 携帯電話
Emergency Contact No. 緊急連絡先	Email Address e メールアドレス	
Company/School Name 会社/学校の名称	Phone No. 電話番号	
ローマ字		
漢 字		

Parents' Information 保護者様

*未成年の方は下欄をご記入ください。

Father's Name お父様のお名前	Cellular Phone No. 携帯電話
ローマ字	
漢 字	
Mother's Name お母様のお名前	Cellular Phone. No. 携帯電話
ローマ字	
漢 字	

History of English Study 英語学習歴・資格

(過去に通っていた英語学校名・期間、英検など取得した資格等)

Health Information 健康面

*健康面で何か記入事項のある方はこの欄をご利用ください。
(病名・かかりつけの病院名・病院連絡先等・・・)

Office Use

Class -----	Staff Signature
Notes	

HEALTH HISTORY FORM (健康管理カード)

生徒氏名 (日本語)		(英語)		
性別	生年月日	身長・体重	平熱	血液型
緊急連絡先	御自宅		迎えに来る可能性のある人	
	携帯電話			
1	アレルギーのお薬・食べ物・その他			
2	喘息などの発作及びその対処法			
3	普段飲んでいるお薬 (何の為に飲んでいるか、薬の名前など具体的に記入下さい)			
4	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> かかりつけの病院が決まっている場合 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 病院名 連絡先 </div>			
※もし、上記のどの連絡先にも連絡が取れない場合、evoked communication academyの判断で 子供のために最善の処置をとることを承認いたします				
日付 年 月 日 保護者氏名 _____ 印				

予防接種について

予防接種名	実施年月日
ツベルクリン反応	
BCG	
4種混合	1回目
	2回目
	3回目
	追加
麻疹/風疹	第1期
	第2期
B型肝炎	
ロタウィルス	1回目
	2回目
	3回目
水痘	
おたふくかぜ	
インフルエンザ菌b型	1回目
	2回目
	3回目
	追加
小児用肺炎球菌	1回目
	2回目
	3回目
	追加
日本脳炎	1回目
	2回目
	追加

次の病気にかかりましたか

病名	年月日
インフルエンザ	
百日咳	
麻疹 (はしか)	
おたふく	
風疹	
水疱瘡	
プール熱	
結核	
流行性角結膜炎	
突発性発疹	
溶連菌感染症	
りんご病	
手足口病	

検診結果をご記入下さい。

1歳半検診
3歳児検診

その他

--