

Tokyo West International School

Kindergarten Application Form (幼稚部入学願書 1/4)

Proposed Entry Class ご希望のクラス:□PreK(2歳児) □K3(年少) □K4(年中) □K5(年長)

Photo 写真 (2.5x3.5cm)

Home TEL 自宅電話番号: Describe your child in brief /お子様の特徴を一言で説明して下さい: Contact number 緊急連絡先:	Proposed Entry Date ご希望の	/	(Year 年/Month 月)						
DFemale 女性	Child's Name		Sex	x 性別		Date of Birth	1 生年月日		
Part Illnesses 既住病: Part Illnesses 既已成 Part Illnesses 即任成 Part Illnesses par	(First) (Middle)	(Last)		Male 男性	Ė	Year 年/ mo	onth 月/ day 日		
Home Address 住所: 〒 Home TEL 自宅電話番号: Contact number 緊急連絡先: Eavorite Food 好きな食べ物: Describe your child in brief /お子様の特徴を一言で説明して下さい: Favorite Food 好きな食べ物: Unfavorite Food 音手な食べ物: Unfavorite Food 音手な食べ物: Food Allergy 食物アレルギーの有無: □ Yes □ No (If Yes specify) Other allergies 他のアレルギーの有無: □ Yes □ No (ありの場合詳細記人) CHealth 健康> - Immunization 予防接種 Date 接種時期> DTAP 三種混合 Polio ポリオ BCG Rubella 風しん Measles 麻しん Chickenpox 水疱瘡 Other その他 CHerwilly Members 家族構成> (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母) □ Yes □ No 3 □ Yes □ No			□F	emale 🕏	文性				
Home Address 住所: 〒 Home TEL 自宅電話番号: Contact number 緊急連絡先: Every Describe your child in brief /お子様の特徴を一言で説明して下さい: Favorite Food 好きな食べ物: Unfavorite Food 苦手な食べ物: Unfavorite Food 苦手な食べ物: Food Allergy 食物アレルギーの有無: □ Yes □ No (If Yes specify) Other allergies 他のアレルギーの有無: □ Yes □ No (ありの場合詳細記入) CHealth 健康> Immunization 予防接種 Date 接種時期> DTAP 三種混合 Polio ポリオ BCG Rubella 風しん Measles 麻しん Chickenpox 水疱瘡 Other その他 Past Illnesses 既住病: CFamily Members 家族構成> (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え □ Yes □ No □ Yes □ Yes □ No □ Yes □				ationality 国籍: Blood Type 血液型:			血液型:		
Home TEL 自宅電話番号: Describe your child in brief / お子様の特徴を一言で説明して下さい: Favorite Food 好きな食べ物: Unfavorite Food 苦手な食べ物: Food Allergy 食物アレルギーの有無: □ Yes □ No (If Yes specify) Other allergies 他のアレルギーの有無: □ Yes □ No (ありの場合詳細記入) CHealth 健康> Hospital Name かかりつけの病院: Pediatrician 担当医: TEL / FAX: Address 住所: Past Illnesses 既住病: (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母) □ Yes □ No 3 □ Yes □ No 3 □ Yes □ No									
Favorite Food 好きな食べ物: Unfavorite Food 苦手な食べ物: Unfavorite Food 苦手な食べ物: Food Allergy 食物アレルギーの有無: □ Yes □ No (If Yes specify)	Home Address 住所: 〒			Language spoken at home ご家庭で使う言葉:					
Favorite Food 好きな食べ物: Unfavorite Food 苦手な食べ物: Food Allergy 食物アレルギーの有無: □ Yes □ No (If Yes specify) Other allergies 他のアレルギーの有無: □ Yes □ No (ありの場合詳細記入) **Health 健康> OTAP 三種混合 Polio ポリオ BCG Rubella 風しん Measles 麻しん Chickenpox 水疱瘡 Other その他 **Family Members 家族構成> (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母) □ Yes □ No 3 □ Yes □ No 1 Yes □ No 2 Yes □ No 2 Yes □ No 3 Yes □ No 4 Yes □ No 5 Yes □ No 5 Yes □ No 6 Yes □ No 7 Yes □ No	Home TEL 自宅電話番号:			•					
Food Allergy 食物アレルギーの有無: □ Yes □ No(If Yes specify) Other allergies 他のアレルギーの有無: □ Yes □ No(ありの場合詳細記入) **CHealth 健康> Hospital Name かかりつけの病院: Pediatrician 担当医: TEL / FAX: Address 住所: Past Illnesses 既住病: **CFamily Members 家族構成> (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母) □ Yes □ No 2 Father (父) □ Yes □ No 3 □ Yes □ No	Contact number 緊急連絡先:								
CHealth 健康> - Immunization 予防接種 Date 接種時期> - Immunization 予防接種 Date 接種時期> - DTAP 三種混合 - Polio ポリオ - BCG - Rubella 風しん - Measles 麻しん - Chickenpox 水疱瘡 - Other その他 - Chickenpox 水疱瘡 - Other その他 - Chickenpox 水疱瘡 - Other その他	Favorite Food 好きな食べ物:			Unfavorite Food 苦手な食べ物:					
CHealth 健康> - Immunization 予防接種 Date 接種時期> - Immunization 予防接種 Date 接種時期> - DTAP 三種混合 - Polio ポリオ - BCG - Rubella 風しん - Measles 麻しん - Chickenpox 水疱瘡 - Other その他 - Chickenpox 水疱瘡 - Other その他 - Chickenpox 水疱瘡 - Other その他	Food Allergy 食物アレルギーの	有無: □ Yes □ No(If	Yes specify)						
CHealth 健康 CHealth 性					細記入)				
Hospital Name かかりつけの病院: Pediatrician 担当医: TEL / FAX: Address 住所: Past Illnesses 既住病: CFamily Members 家族構成> (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え Mother (母) 「Yes 「No 2 Father (父) 「Yes 「No	∠Hoolth 健康>			∠ Immu	nization V i	佐姓锤 Dea	to 埃番時期~		
Pediatrician 担当医: TEL / FAX: Address 住所: Past Illnesses 既住病: CFamily Members 家族構成> (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母)			1						
Pediatrician 担当医: TEL / FAX: Address 住所: Past Illnesses 既住病: CFamily Members 家族構成> (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え Mother (母)	nospital Name かかりつりの病院:								
Rubella 風しん Measles 麻しん Chickenpox 水疱瘡 Other その他 「All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母) 「Yes 「No 2 Father (父) 「Yes 「No	Pediatrician 担当医·								
Address 住所: Past Illnesses 既住病: Chickenpox 水疱瘡 Other その他 CFamily Members 家族構成> (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母) ロ Yes ロ No 2 Father (父) ロ Yes ロ No									
Chickenpox 水疱瘡 Other その他 Pick-up お迎え Pick-up 和 P									
Past Illnesses 既住病: Cher その他 CFamily Members 家族構成> (All members who live together) Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母) □ Yes □ No 2 Father (父) □ Yes □ No □ Yes □ No	Address (E//).								
Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母) □ Yes □ No 2 Father (父) □ Yes □ No □ Yes □ No	Past Illnesses 既住病:								
Name 名前 Relationship 関係 Age 年齢 Occupation (職業) Pick-up お迎え 1 Mother (母) □ Yes □ No 2 Father (父) □ Yes □ No □ Yes □ No		(41)			`	l .			
1	<u> </u>	1	1			\	D' 1 D' M' >		
2 Father (父) □ Yes □ No □ Yes □ No		_	Ag	ge 牛腳	Occupation	(職業)	*		
3 □ Yes □ No									
		Father (文)	-						
4 Yes No	-		1						
5 □ Yes □ No □ Yes □ No	5								

Kindergarten Application Form (幼稚部入学願書 2/4)

<5chool Bus and school lunch preferences スクールハスとスクールフジナの有無>									
Would you like to have school lunch? スクールランチを希望しますか □ Yes □ No									
Would you like to use the school bus service? スクールバス利用を希望しますか □ Yes □ No									
If Yes check the location はい の場合乗車エリアをチェック 🗆 Hachioji 🗆 Tachikawa 🗀 Yokota 🗀 Machida									
1 1									
<parent guardian="" information=""></parent>									
Name of Mother /Guardian #1 母親の名前:									
First Name 名	Middle Name	Last Name 姓			Lives with the student?				
					Yes □ No □				
Nationality 国籍:					Religion and Type 宗教:				
Occupation 職業:									
Company Name 会社名	名:				Leve	l/Position 役	 大職 :		
Business Address 職場	住所:								
Cell Phone 携帯電話:					Office Phone 会社電話:				
E-mail address:									
Name of Father /Guare									
First Name 名	Middle Name	Middle Name			Lives with the student?				
					Yes □ No □				
Nationality 国籍:					Religion and Type 宗教:				
Occupation 職業:					•				
						l/Position 佟	/Position 役職:		
Business Address 職場	住所:								
Cell Phone 携帯電話:					Office Phone 会社電話:				
E-mail address:									
<schooling information<="" td=""><td>on ></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></schooling>	on >								
Previous/Current Pres	school(s) attended by ap	plicant (l	ist fron	n most r	ecent)	以前または	現在通学して	いる学校:	
School Name 学校?	Location 所在地		Period 時期		Attended Grade 学年				
School Ivallie 子权	Eocation ///11	f	from (yy 年/mm 月))- to(yy 年/mm 月)		Attended Grade 子牛	Grade 子牛	
Any comments:									

Kindergarten Application Form (幼稚部入学願書 3/4)

<Miscellaneous Information>

What language(s) does the family speak most at home?
ご家庭ではどのような言語を話されることが多いですか?
Please introduce yourself.
面接に来られる方の自己紹介をお願いいたします。
Guardian (1)Name 名前:
Self-introduction 自己紹介:
Guardian (2)Name 名前:
Self-introduction 自己紹介:
Please briefly describe your child's personality.
どのような性格のお子様ですか?
Why are you choosing our school?
なぜ当校を選んだのですか?
What do you know about this school?
この学校についてご存知なことを教えてください。
Any special moment that you remember in your child's life till now?
お子様のこれまでの人生の中で、お子様らしいエピソードを教えてください。
How can you (parents and guardians) contribute TWIS community?
合格された場合、保護者の方々が東京ウエストインターナショナルスクールのコミュニティに どのように貢献して
いただけるかお聞かせください。
Please specify if you have any concerns about your shild in all concerts
Please specify if you have any concerns about your child in all aspects. お子様について、心配なことや学校に伝えておかなればいけないご病気や学習に関する懸念事項があればご記入く
お丁様について、心能なことや子校に伝えておかなればいりないと病気や子音に関する感息事項があればこ記入へ ださい。

Kindergarten Application Form (幼稚部入学願書 4/4)

< Pictures of Family Members >

D1	1	C 1 11 1 C 11	1 11 2 11	*1 (
	-	of the applicant's family men		, ,			
ご家族ま	たは保護者の写真を貼	付けてください。最近のも	ので、かつ本人と認識しる	やすい写真をお選びください。			
	Photo	Photo	Photo	Photo			
	写真	写真	写真	写真			
	(2.5x3.5cm)	(2.5x3.5cm)	(2.5x3.5cm)	(2.5x3.5cm)			
	(=1011010 0111)	(=1011010 0111)	(=1011010 0111)	(=10.1010 0.11)			
Name:							
	DI .	DI .	DI .	DI .			
	Photo	Photo	Photo	Photo			
	写真	写真	写真	写真			
	(2.5x3.5cm)	(2.5x3.5cm)	(2.5x3.5cm)	(2.5x3.5cm)			
Name:							
ivallie.							
	Acknowledgement>						
I fully und	lerstand that non-disclosi	ure of information regarding a	ny exceptional needs and con	cerns noted by my child's previous			
schools or	any professionals will res	ult in my child losing his/her p	position at TWIS.				
私は、入学志願者の入学の選考にあたり、以前のスクールや教師から適切な情報の提供が行われない場合、選考対象外となる場							
合があることを理解します。							
I understand that TWIS has exclusive and final right to administer selective enrolment of students in the best interest of the school.							
私は、入学の選考に関する権限はスクール側にあり、スクール側の選考基準に従い決定される結果について異議を申し立てるこ							
とはありません。							
I understand and accept that under no circumstances shall refunds be given.							
私は、入学の申し込みに関して発生する費用は、返還されないことを理解します。							
I declare that the information given in this application form is true and accurate.							
私は、この	の入学願書に記述した内容	卒について、事実と相違ないこ	とを誓います。				
Mother's signature (Maternal Legal Guardian) 母親方保護者署名							
Father's s	ignature (Paternal Le	gal Guardian) 父親方保語	養者署名				
Date of A	pplication 願書記入日	· /	/(Year 年/month 月/day 日)			

185 Umetsubo-machi, Hachioji City, Tokyo, Japan 192-0013 TEL: 042-691-1441/FAX: 042-691-1442 東京ウエストインターナショナルスクール 〒192-0013 東京都八王子市梅坪町 185(admission@tokyowest.jp)