



CANADIAN INTERNATIONAL SCHOOL

5-8-20 Kitashinagawa, Shinagawa-ku, Tokyo 141-0001

Tel: 03-5793-1392 Fax: 03-5793-3559 Email: study@cisjapan.net URL: http://cisjapan.net

THE EXPERIENCE OF EXCELLENCE
THE HONOUR OF ACHIEVEMENT

OFFICE USE ONLY 学校記入欄

DATE 年月日 (YY/MM/DD)

OFFICER 担当者

English Immersion Program Enrollment Counseling Form 個別入学相談申込書

* 漢字氏名をお持ちの方はローマ字と漢字を併記してください。

Student Name 生徒氏名	_____				
	First Name 名	Last Name 姓	Middle Name ミドル		
Gender 性別	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女		Nationality 国籍		
Date of Birth 生年月日	____/____/____ Year 年 / Month 月 / Day 日		Age 年齢		
Name of School 学校名	<input type="checkbox"/> Currently Attending 在学中 Grade () 学年 <input type="checkbox"/> Graduated 卒業 Year () 年卒				
Name of Parent 1 保護者氏名 1	_____				
	First Name 名	Last Name 姓	Middle Name ミドル		
Gender 性別	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女		Nationality 国籍	Relationship 生徒との関係	
Address 住所					
Tel 電話番号	() -	Fax ファックス番号	() -		
Email Eメール			Name of Company 勤務先		
Name of Parent 2 保護者氏名 2	_____				
	First Name 名	Last Name 姓	Middle Name ミドル		
Gender 性別	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女		Nationality 国籍	Relationship 生徒との関係	
Program of Interest 希望学年	<input type="checkbox"/> Kindergarten 幼稚園 <input type="checkbox"/> Elementary 小学部 <input type="checkbox"/> Junior High 中学部 <input type="checkbox"/> Senior High 高校部 <input type="checkbox"/> Preschool 保育園 Grade () 学年 Grade () 学年 Grade () 学年				
Enrollment Month 入学希望年月	Year () 年 <input type="checkbox"/> April 4月 <input type="checkbox"/> September 9月				
Motive and Question etc. 志望動機および質問など					
What date do you wish to visit CIS? 来校希望日程					
Where did you hear about Canadian International School? 何処でカナディアン・インターナショナル・スクールをお知りになりましたか。	<input type="checkbox"/> Newspaper 新聞 () <input type="checkbox"/> Magazine 雑誌 () <input type="checkbox"/> Internet インターネット () <input type="checkbox"/> Personal Contact 紹介 () <input type="checkbox"/> Others その他 ()				

Note 備考

--