



AOBA-JAPAN INTERNATIONAL SCHOOL

Admissions Application Package



Hikarigaoka Campus

Kinder, Elementary, Middle & High School

7-5-1 Hikarigaoka, Nerima-ku, Tokyo 179-0072

Phone 03-6904-3102 / 03-6904-3127

Fax 03-3332-6929

hikarigaoka.admissions@aobajapan.jp

www.aobajapan.jp

Meguro Campus

Kindergarten & Pre-Kindergarten

2-11-5 Aobadai, Meguro-ku, Tokyo 150-0042

Phone 03-5428-4488 Fax 03-5456-1800

meguro.admissions@aobajapan.jp

SUBMITTING AN APPLICATION

1. Reading Checklist

Please read all documentation to ensure the application process flows smoothly, including:

- Payment and Refund Regulations
- School Fees, Fee Payment Schedule

2. Complete Forms

- Form A Enrollment Application Form
Attach photographs of the applicant and parents
- Form B Fee Payment Agreement
- Form C Health Form
Form C4 is to be completed by a certified medical practitioner (not a relative of the applicant), no earlier than 3 months prior to submission of this application.
- Form D Questionnaire & Recommendation
Form D2 is to be completed by the applicant's 2 most recent teachers and sent directly from the previous school to the Admissions Office. For middle and high school applicants: To be filled out by English and mathematics teachers.
- Form E School Bus Form
To be completed by all applicants

3. Gather Additional Documents

- Academic Transcripts or Report Cards
Copies of transcripts for at least the previous full two years must be supplied for all applicants who have previously attended a school or international pre-school.
- Translations
Transcripts in English or Japanese are acceptable, however a certified translation company must provide transcripts in other languages with an official translation into English.
- Passport Copy
One copy (personal detail page) of all passports held by the applicant.
- Payment Documentation
The application fee of 21,000 Yen should be made by bank deposit and a copy of the deposit slip included with the application forms. For applications submitted from outside Japan, please contact the Student Fees Office regarding payment methods.



4. Submit Your Application, Arrange a Visit

Applications can be submitted by mail or applicants can contact the Admissions Office and make an appointment to visit the campus. A visit to the school is a great opportunity to tour our facilities, ask questions and meet our faculty and staff. You may wish to submit your application forms at the time of a visit or afterwards by mail. Following receipt of correctly completed application forms, all necessary documents and the application fee, the Admissions Office will contact you regarding an Enrollment Interview.

入学願書の提出方法

1. チェックリスト

入学手続きをスムーズに行うために、次の二つを含む全ての書類に目を通して下さい。

- お支払い・返金に関する規定
- 授業料/お支払い方法

2. 記入書類

- Form A 入学願書
入学希望者と保護者の写真を貼ってください。
- Form B お支払いに関する確認書
- Form C 保健書類
C4の書類は、入学出願者の親族以外の医師により、入学願書提出日より遡って3ヶ月以内に作成されるものとする。
- Form D 質問書・推薦状
最近教わった先生2名に記入してもらい、学校から直接A-JISの入学課まで送ってもらってください。中学・高校へご入学希望の場合は国語と数学の先生に記入してもらってください。
- Form E スクールバス申込書
全員提出が必要です。

3. その他の必要書類

- 成績表
以前に学校、または、インターナショナルプリスクールに通ったことのある生徒は少なくとも過去2年分の成績表のコピーの提出が必要です。
- 翻訳
英語または日本語の成績表はそのまま提出して下さい。他の言語で書かれている成績表は翻訳会社で英訳されたものをオリジナルと一緒に送して下さい。
- パスポートのコピー
詳細が記載されているページのコピーを1枚(2冊以上お持ちの方はそれぞれのコピーを1枚)お送り下さい。
- 入金確認
出願料¥21,000を銀行振り込みでお支払い下さい。その控えを入学書類と一緒に送して下さい。国外の方の支払い方法は会計にお問い合わせ下さい。

4. 入学願書の提出と学校訪問の予約

入学願書は郵送でお送り下さい。または、入学課にお問い合わせいただき、学校訪問の予約をお取り下さい。学校訪問は質問や施設の見学、また、教職員に会える非常に良い機会です。入学願書は訪問後に郵送、または訪問の際に提出していただいても結構です。記入漏れのない入学願書や他の必要書類、また出願料が届き次第、入学課より面接日についてご連絡致します。



Enrollment Application Form 入学願書

Please complete this form in English
全て英語でご記入ください。

School Year

Student Personal Information 生徒情報

Please print names exactly as they appear on the applicant's passport.
生徒の氏名はパスポートと同じように記入してください。

FIRST NAME 名	MIDDLE NAME	FAMILY NAME 姓
FULL NAME IN KANJI 漢字	PREFERRED NAME	<input type="checkbox"/> Male 男
		<input type="checkbox"/> Female 女
NATIONALITIES 国籍	FIRST LANGUAGE 母国語	OTHER LANGUAGE 第二



Enrollment Preferences 入学に関する希望内容

<input type="checkbox"/> Hikarigaoka Campus 光が丘キャンパス K2 (age 3) ~ Grade 12	PREFERRED ENROLLMENT MONTH AND GRADE 入学希望月と学年
<input type="checkbox"/> Meguro Campus 目黒キャンパス K1 (age 2) ~ K4 (age 6)	
K1 Preference K1クラスのみ選択: <input type="checkbox"/> Morning 9:00 - 11:30 <input type="checkbox"/> Full Day 9:00 - 15:00	MM月 YYYYY年 GR学年

Address 住所

ADDRESS IN JAPAN 国内の住所	CURRENT MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT) 郵便物の宛先 (左記の住所と異なる場合)
POSTAL CODE 郵便番号	POSTAL CODE 郵便番号
HOME PHONE	HOME FAX

NOTICES FROM SCHOOL SENT TO (E-MAIL ADDRESS): Please circle Mother or Father

(1) Mother/Father (2) Mother/Father

Previous Kindergartens and Schools Attended 以前に通っていた幼稚園、学校名

SCHOOL NAME 園名・学校名	GRADES ATTENDED 学年	COMMENCED 開始日	COMPLETED 終了日
		MM月 YYYYY年	MM月 YYYYY年
		MM月 YYYYY年	MM月 YYYYY年
		MM月 YYYYY年	MM月 YYYYY年

Siblings 兄弟姉妹

NAME 名前	BIRTH DATE 誕生日	SCHOOL 学校名	GRADE LEVEL 学年
	MM月 DD日 YYYYY年		

Parent Guardian Details 保護者氏名



APPLICANT LIVES IN JAPAN WITH: Mother 母親 Step-Mother 継母 Other (specify) その他の詳細
同居している家族は: Father 父親 Step-Father 継父 Siblings (兄弟)

Photo 写真	FIRST 名	Photo 写真	FIRST 名
	FAMILY NAME 姓		FAMILY NAME 姓
	RELATIONSHIP 関係		RELATIONSHIP 関係
	<input type="checkbox"/> Married 既婚 <input type="checkbox"/> Separated 別居中 <input type="checkbox"/> Unmarried 未婚 <input type="checkbox"/> Divorced 離婚している <input type="checkbox"/> Remarried 再婚 <input type="checkbox"/> Single Parent ひとり親		<input type="checkbox"/> Married 既婚 <input type="checkbox"/> Separated 別居中 <input type="checkbox"/> Unmarried 未婚 <input type="checkbox"/> Divorced 離婚している <input type="checkbox"/> Remarried 再婚 <input type="checkbox"/> Single Parent ひとり親
NATIONALITIES 国籍		NATIONALITIES 国籍	
FIRST LANGUAGE 母国語	OTHER LANGUAGES 第二	FIRST LANGUAGE 母国語	OTHER LANGUAGES 第二
OCCUPATION 職業	POSITION TITLE 役職名	OCCUPATION 職業	POSITION TITLE 役職名
COMPANY/ORGANIZATION 勤務先		COMPANY/ORGANIZATION 勤務先	
WORK ADDRESS 会社の住所		WORK ADDRESS 会社の住所	
WORK PHONE	MOBILE	WORK PHONE	MOBILE
WORK EMAIL		WORK EMAIL	

Emergency Contacts (other than parents) 緊急連絡先 (保護者以外)

NAME 名前	RELATIONSHIP 関係	PHONE 電話
NAME 名前	RELATIONSHIP 関係	PHONE 電話

International Baccalaureate Organization (IBO) Regulations

<input type="checkbox"/> YES	<p>On behalf of my child, I grant the IBO a non-exclusive worldwide license to use any of my child's work A-JIS submits to the IBO. I also note that these materials may be modified, translated or otherwise changed to meet the IBO's purposes and that all names will be removed along with any information that may lead to the identification of the child or of A-JIS. In addition, on behalf of my child, I give permission to the IBO to reproduce photographic and video images of my child. I understand that these pictures will have to be taken in the course of approved A-JIS activities and in circumstances under the control of A-JIS. I note that the identity of my child will not be revealed.</p> <p>If I do not give permissions to any of the above, I will inform the program coordinator in writing.</p>	<p>私はアオバ・ジャパン・インターナショナルスクール（以下A-JIS）によって国際バカロレア機構（以下IBO）に提供された私の子供の学習の成果を、IBOが非独占的、国際的に活用する権限を私の子供に代わって付与します。また、私はこれらの学習資料が修正、または翻訳される可能性、あるいはIBOの目的に応じて改変される可能性があること、私の子供または学校を特定するような名称、情報は全て削除されることを承知しました。さらに私は、IBOが私の子供の写真または動画を複製することを私の子供に代わって許可します。私はこれらの映像がA-JISが承認した活動中に撮影されたものでなければならないこと、状況によってはA-JISの管理下で撮影されたものでなければならないことを了解しました。私は私の子供の身元が公表されないことを承知しました。</p> <p>私は上記の内容すべてが承諾できない場合には、プログラムコーディネーターに書面で通知します。</p>
<input type="checkbox"/> YES	<p>I have read the General Regulations for the appropriate program for my child. If I have any questions, I will contact the program coordinator. PYP: http://www.ibo.org/globalassets/publications/become-an-ib-school/general-regulations-pyp-en.pdf MYP: http://www.ibo.org/globalassets/publications/become-an-ib-school/myp-general-regulations-2015-en.pdf DP: http://www.ibo.org/globalassets/publications/become-an-ib-school/dp-general-regulations-en.pdf</p>	<p>私は私の子供のプログラムに該当する一般規則を読んで理解しました。質問がある際にはプログラムコーディネーターに連絡します。 PYP: http://www.ibo.org/globalassets/publications/become-an-ib-school/general-regulations-pyp-en.pdf MYP: http://www.ibo.org/globalassets/publications/become-an-ib-school/myp-general-regulations-2015-en.pdf DP: http://www.ibo.org/globalassets/publications/become-an-ib-school/dp-general-regulations-en.pdf</p>

Use of Photographic Information 個人情報（肖像）の取り扱いについて

<input type="checkbox"/> YES	<p>I hereby agree to the use of all photographic images and video clips that include my child as a student engaged in learning at A-JIS to be used by the school, and only for the purposes stated below.</p> <ul style="list-style-type: none"> Promotional and information materials for the learning, events, and activities of A-JIS. These materials include pamphlets, websites, fliers, sales advertisements, reference materials, and the like. Publications for school promotions. These include products for current and prospective students, alumni, and parents/guardians including handouts, guidance materials, and the like. 	<p>貴学校により撮影された、または今後撮影される、上記生徒およびその保護者である私本人に係る一切の肖像（以下「本件肖像」といいます。）を、下記の目的で使用することに同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> アオバジャパン・インターナショナルスクールの広報を目的とした、下記媒体への写真または映像の掲載等（パンフレット、ウェブサイト、販促チラシ、販促広告、資料等） 在校生、入学予定者、同窓生、父兄・保護者への印刷物、指導教材などの配布物への写真、映像の掲載
<input type="checkbox"/> NO		

Declaration 確認

I certify that the information provided in this application form is complete and accurate. If our child is enrolled in Aoba-Japan International School, we agree to follow the rules and policies of the school and to comply with the payment schedules as determined by the administration.

この入学願書に記載されている内容は正確かつ完全であり、また子供がアオバ・ジャパンインターナショナルスクールに在学した場合は学校の規則に従い、学費等も定められた期間内に支払うことを誓います。

SIGNATURE OF PARENT GUARDIAN
保護者署名

DATE
日付

Office use only

INTERVIEWER	DATE	INITIAL GRADE DESIGNATION	
PLACEMENT TEST RESULT		INITIAL CLASS ASSIGNMENT	
TRANSCRIPTS RECEIVED BY	DATE	ENROLLMENT DATE	WITHDRAWAL DATE
REASON FOR WITHDRAWAL		LAST CLASS & GRADE ATTENDED	



Fee Payment Agreement お支払いに関する確認書

School Year

Student Personal Information 生徒情報

FAMILY NAME 姓

FIRST 名

MIDDLE

Payment Installment Options 授業料のお支払方法

Please indicate your preferred tuition payment schedule.

AUGUST TO DECEMBER ENROLLMENT
8~12月入学

JANUARY TO JUNE ENROLLMENT
1~6月入学

入学時期に応じて支払回数を選択して下さい。入学時期により選択できる支払回数が異なります。

ONE PAYMENT 一括払い

ONE PAYMENT 一括払い

TWO INSTALLMENT 二分割払い

School Lunch Option 給食のご希望

Do you require school lunch to be provided?
給食を希望されますか?

YES はい

NO いいえ

Invoice Type 請求書の種類

What type of invoice do you require?
支払方法を選択して下さい。

PERSONAL 保護者払い (自宅郵送)

FAMILY 自宅へ郵送希望

EMPLOYER PAID
会社又は大使館払い

INVOICE TO BE MAILED TO:

EMPLOYER, the following address:
会社/大使館へ郵送希望 (下記に郵送先を記入)

COMPANY or EMBASSY 会社又は大使館名

CONTACT PERSON 担当者氏名

DEPARTMENT 所属

ADDRESS 所在地

PHONE 電話番号

FAX ファックス番号

EMAIL

Sibling Discounts 兄弟割引

10% percent tuition discounts for the second sibling enrolled and 15% discounts for subsequent siblings are applicable to the annual tuition fee of full-year students and applied in the final tuition installment of the year. A-JIS に兄弟がいる場合は、下記を記入して下さい。ご選択されたお支払方法に応じ、授業料最終支払時に第二子に年間授業料の10%、第三子以降に年間授業料の15%を割引いたします。但し、学年度途中の入退学者については適用されません。

Please provide the names of siblings of the applicant also attending A-JIS.
他に A-JIS に通っているお子様がいる場合はその生徒の名前をお書き下さい。

FIRST NAME 名

FAMILY NAME 姓

CLASS クラス

Declaration 確認

I have read and understand the Payment and Refund Regulations and agree to the terms outlined within this document.

「お支払い・返金に関する規定」の内容を理解し、承諾いたします。

SIGNATURE OF PARENT GUARDIAN
保護者署名

DATE
日付



Health Form 生徒の保健書類

Please complete this form in English
全て英語でご記入ください。

School Year

Student Personal Information 生徒の個人情報

FAMILY NAME 姓	FIRST 名	MIDDLE
DATE OF BIRTH 生年月日	GRADE 学年	<input type="checkbox"/> Male 男
MM月 DD日 YYYY年		<input type="checkbox"/> Female 女

Health History 健康の記録

Please indicate if your child has experienced any of the following.
現在または、以前において以下の項目に該当する場合はにチェックをお願いします。

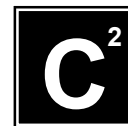
A. KNOWN MEDICAL CONDITIONS 病歴など <input type="checkbox"/> ASTHMA 喘息 <input type="checkbox"/> ATOPIC DERMATITIS アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> DRUG ALLERGIES 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> FOOD ALLERGIES 食品アレルギー <input type="checkbox"/> OTHER ALLERGIES その他アレルギー <input type="checkbox"/> ADD / ADHD 注意欠陥・多動性障害 <input type="checkbox"/> HEART DISEASE 心臓疾患 <input type="checkbox"/> DIABETES 糖尿病 <input type="checkbox"/> SEIZURES てんかん <input type="checkbox"/> CONGENITAL ANOMALIES 先天異常 <input type="checkbox"/> RECENT MAJOR SURGURY, SERIOUS INJURY 大きな手術または負傷	B. DIFFICULTY/ SPECIAL NEEDS 障害/特別な援助 <input type="checkbox"/> VISION 視覚 <input type="checkbox"/> HEARING 聴覚 <input type="checkbox"/> SPEECH 発語 <input type="checkbox"/> PHYSICAL MOVEMENT 身体的動作 <input type="checkbox"/> LEARNING DISABILITY 学習障害 <input type="checkbox"/> EMOTIONAL / BEHAVIORAL 感情/行動 <input type="checkbox"/> SOCIAL 社会性 <input type="checkbox"/> FOCUS / ATTENTION 集中力/注意力 <input type="checkbox"/> COGNITIVE 認識能力 <input type="checkbox"/> GIFTED / TALENTED 特殊な才能を持つ	C. SUPPORT PROGRAM/SERVICES サポートプログラム/サービス <input type="checkbox"/> PSYCHIATRIST 精神科医 <input type="checkbox"/> PSYCHOLOGIST 心理学者 <input type="checkbox"/> COUNSELING カウンセリング <input type="checkbox"/> LEARNING SUPPORT 学習支援 <input type="checkbox"/> SPEECH THERAPY スピーチセラピー <input type="checkbox"/> PHYSICAL THERAPY 理学療法 <input type="checkbox"/> OCCUPATIONAL THERAPY 作業療法 <input type="checkbox"/> IEP (INDIVIDUAL EDUCATIONAL PROGRAM) 個人教育プログラム <input type="checkbox"/> OTHER その他
--	--	---

If you selected any of the above categories, please provide details of conditions, effects, limitations, medications and treatments. Attach additional documents if necessary. 上記のいずれかを選択した場合は、現在の状況、影響、制約、投薬、や治療内容の詳細をお知らせ下さい。必要に応じて関連資料を添付して下さい。

Current Medications 常用薬

Please list any medications your child is currently taking. お子様現在服用しているすべての薬をご記入下さい。

NAME OF MEDICINE 薬品名	REASON 理由	DOSAGE & FREQUENCY 用量&頻度	POTENTIAL SIDE EFFECTS 副作用の可能性



■ Immunization Record 予防接種の記録

TICK IF PREVIOUSLY CONTRACTED <input checked="" type="checkbox"/> 以前にかかったことのある病気には☑して下さい		VACCINATION DATES (PLEASE LIST ALL DATES IF VACCINATED MULTIPLE TIMES) 予防接種日 (複数回の場合、全ての接種日をご記入ください) MM月DD日YYYY年					
BCG BACILLUS CALMETTE-GUÉRIN カルメット・گران桿菌	<input type="checkbox"/>						
DTAP DIPHTHERIA, TETANUS, PERTUSSIS 三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)	<input type="checkbox"/> Diphtheria ジフテリア <input type="checkbox"/> Tetanus 破傷風 <input type="checkbox"/> Pertussis 百日咳						
POLIO ポリオ	<input type="checkbox"/>						
MMR MEASELS, MUMPS, RUBELLA はしか・おたふく・風疹 混合	<input type="checkbox"/> Measles はしか <input type="checkbox"/> Mumps おたふく <input type="checkbox"/> Rubella 風疹 混合						
MR MEASELS, RUBELLA はしか・風疹 二種混合							
MUMPS おたふく	<input type="checkbox"/>						
HIB HAEMOPHILUS INFLUENZA B ヘモフィルスインフルエンザ菌 b型	<input type="checkbox"/>						
PNEUMOCOCCAL 肺炎球菌	<input type="checkbox"/>						
JAPANESE ENCEPHALITIS 日本脳炎	<input type="checkbox"/>						
ROTA VIRUS ロタウィルス	<input type="checkbox"/>						
VARICELLA (CHICKEN POX) 水疱瘡	<input type="checkbox"/>						
HEPATITIS A A型肝炎	<input type="checkbox"/>						
HEPATITIS B B型肝炎	<input type="checkbox"/>				BOOSTER 追加		
HPV - HUMAN PAPILOMA VIRUS パピローマウィルス	<input type="checkbox"/>						
OTHER その他	<input type="checkbox"/>						

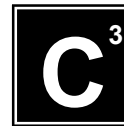
■ Declaration 確認

I certify that the information provided in this form is complete and accurate. I understand that withholding information concerning my child's health and well-being will entitle the school to deny enrollment. I understand that following enrollment, academic, behavioral or social assessments will be undertaken as needed. If the assessment results show a possible educational learning disorder, the school reserves the right to ask the parents/guardians to take the student for further testing. Should the parents/guardians refuse the testing, and or additional tests diagnose a learning deficit that cannot be addressed by the school, the student may be removed from A-JIS and advised to be placed in a school that would be more appropriate in handling the students needs. I understand that in the event that a parent or guardian cannot be reached in order to provide consent for emergency medical treatment, I consent to providing the school with authorization to seek medical treatment while participating in school-related activities.

保健医療に関する合意書：上記に記載されている内容は正確であり記入漏れがないことを誓います。私の子供の健康/身体について情報を隠すことは、学校が入学を断る理由に値すると理解します。入学後、必要に応じて学力、態度、または社会性が評価されることを理解します。もし評価の結果、学習障害の可能性が見られた場合は、学校は更なる検査を受けに行くことを保護者に要求する権利があります。保護者がこの要求に応じない場合、または検査の結果、学校では対応できない学習障害があると診断された場合は、本校ではなくその生徒に適した学校に転校してもらうこととなります。私の子供が在校中に受けた負傷、または発病で緊急治療を要する場合、保護者と連絡が取れない時はジャパン インターナショナル スクールが緊急時の適切な医療措置をとることを認め学校に責任は問いません。

SIGNATURE OF PARENT GUARDIAN
保護者署名

DATE
日付



Dietary Restriction Form

食事制限確認書

Please complete this form in English
全て英語でご記入ください。

Student Name 生徒氏名

FAMILY NAME 姓

FIRST 名

MIDDLE

Dietary Restrictions

DOES YOUR CHILD HAVE ANY DIETRY
RESTRICTIONS? お子様にご食事制限はありますか？

NO いいえ

YES (please specify below) はい(詳細を以下に)

Religious Restrictions, Family Policy 宗教上の理由／家庭の方針による制限

RESTRICTED FOODS & DRINKS

宗教上の理由／家庭の方針により私の子供は下記の食べ物/飲み物を制限しています。

Medical Restrictions 健康上の理由(アレルギーなど)による制限

RESTRICTED FOODS & DRINKS

健康上(アレルギーなど)の理由により私の子供は下記の食べ物/飲み物を制限しています。

CONSEQUENCES OF CONSUMPTION

それを飲食した場合、どのような反応が起きえますか？または起きましたか？

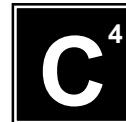
Other Requests

If there is any concern or request regarding our school lunch program, please list them below:
スクールランチに関するご意見やご要望があればこちらにお書き下さい。

Declaration 確認

SIGNATURE OF PARENT GUARDIAN
保護者署名

DATE
日付



Medical Clearance Form (for Applicants applying for G1 or above)

入学健康診断書 (1年生以上への出願者)

To be completed within the three months period prior to the application date by a medical physician who is not a relative of the applicant.

この診断書は、入学出願者の親族以外の医師により、入学願書提出日より遡って3ヶ月以内に作成されるものとする。

Student Name 生徒氏名

FIRST NAME 名	FAMILY NAME 姓	DATE OF BIRTH 生年月日
		MM月 DD日 YYYY年

Physical Information 身体測定

HEIGHT 身長	WEIGHT 体重	BLOOD PRESSURE 血圧	PULSE 脈拍	VISION 視力
				R 右 L 左

Health Assessment 健康状態

SKIN 皮膚	NORMAL 正常	ABNORMAL 異常	DETAILS OF ABNORMALITY 異常についての説明
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEAD & SCALP 頭/頭皮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EYES & VISION 目・視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EARS & HEARING 耳・聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NOSE & THROAT 鼻・咽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MOUTH, TEETH, GUMS 口・歯・歯茎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CHEST & LUNGS 胸部・肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEART 心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ABDOMEN 腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUSCULAR-SKELETAL 筋骨格	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUROLOGICAL 神経	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NUTRITION 栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
URINALYSIS 尿検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTHER CONCERNS その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Assessment Summary 診察の結果

Based on this health examination, can this student fully participate in regular schoolwork and physical education activities?

診察の結果、体育の授業を含め、通常の学校の授業に参加することができますか？

YES はい

NO (please specify reasons) いいえ (具体的な理由)

NAME OF PHYSICIAN 医師の氏名	SIGNATURE 医師の署名	DATE 日付
MEDICAL FACILITY NAME 病院・診療所名	PHONE 電話	ADDRESS 医療機関所在地



Medical Clearance Form (for Applicants applying for Kindergarten)

入学健康診断書 (幼稚園への出願者)

To be completed by a parent or main caregiver of the applicant. Please also attach a photocopy of the 3 yr old check up page in your maternity passbook.
この診断書は、保護者、または主に入学出願者の世話をする人に記入されるものとする。加えて、母子手帳の3歳児検診のページのコピーも提出してください。

Student Name 生徒氏名

FIRST NAME 名	FAMILY NAME 姓	DATE OF BIRTH 生年月日
		MM月 DD日 YYYY年

Check points チェック項目

	YES はい	COMMENTS コメント
Does your child climb up and down the stairs without using his/her hands? 手を使わずに階段の上り下りできますか。		
Can your child stand on one leg for few seconds? 片足で数秒立てますか。		
Can your child ride a tricycle? 三輪車がこげますか。		
Can your child jump down from the 2 nd or 3 rd step of the staircase? 階段の2段目、3段目から飛び降りられますか。		
Can your child pile up nine blocks? 積木で9個の塔が作れますか。		
Can your child pick small object (like beans) by his/her fingers? 小さい物 (小豆や大豆) を指先でつまめますか。		
Can your child use the toilet by him/herself for urination during the day? 日中おしっこが一人でできますか。		
Can your child draw circles? 丸が書けますか。		
Can your child eat his/her meal without spilling much by him/herself? ほとんどこぼさないうちで一人で食事ができますか。		
Can your child put simple shoes on without assistance? 簡単な靴が一人で履けますか。		
Does your child sing songs? 歌を歌いますか。		
Does your child ask you "what's this?" a lot? 「これ、何?」とよく尋ねますか。		
Does your child speak in sentences of 3 or more words? 3語文以上の文章で話しますか。		
Does your child play "house", "heroes", and/or other "role play"? ごっこ遊びをしますか。		
Can your child state his/her name and age? 「お名前は」、と「いくつ」がわかりますか。		
Does your child want to do everything his/her way? なんでも自分の思い通りにしたがりですか。		
Does your child recognize 3 colors from within red, blue, yellow, and green? 赤、青、黄、緑のうち、3つの色がわかりますか。		



Questionnaire 質問書

Please complete this form in English
全て英語でご記入ください

FAMILY NAME 姓

FIRST 名

MIDDLE

■ Please describe your child's personality. お子様の性格をお書き下さい。

■ What are your child's strengths and weaknesses? お子様の長所と短所はどのようなところですか？

■ What aspects of school are most important to your family?

学校のどのような面があなたの家族にとってもっとも大切だとお考えですか？

■ Why do you wish to attend an international school? Why did you choose A-JIS?

なぜインターナショナルスクールへの入学を希望したのですか？なぜ A-JIS を選んだのですか？



Confidential Recommendation Form 推薦状

Please post, email or fax directly to A-JIS Admissions or give to applicant's parents in a sealed envelope.

この書類は直接A-JISの入学課宛に郵便、Eメール、またはFAXでお送り下さい。直接保護者に渡す場合は必ず封をして下さい。

HIKARIGAOKA CAMPUS
7-5-1 Hikarigaoka, Nerima-ku, Tokyo 179-0072 Fax +81-3-5997-0091
〒179-0072東京都練馬区光が丘7-5-1 hikarigaoka.admissions@aobajapan.jp

MEGURO CAMPUS
2-11-5 Aobadai, Meguro-ku, Tokyo 153-0042 Fax +81-3-5456-1800
〒153-0042 東京都目黒区青葉台2-11-5 meguro@aobajapan.jp

FAMILY NAME 姓	FIRST 名	MIDDLE
CURRENT GRADE 現在の学年		HOW LONG HAVE YOU KNOWN THE STUDENT AND IN WHAT CAPACITY? どのくらいの期間、またどのような関係でこの生徒をご存知ですか?

Academic Evaluation 学習面における資質	Poor 劣る	Below Average 平均以下	Average 平均	Good 良い	Excellent 優秀	Not Applicable 不適用	Personal Qualities 個人の資質	Poor 劣る	Below Average 平均以下	Average 平均	Good 良い	Excellent 優秀	Not Applicable 不適用
ACADEMIC ACHIEVEMENTS 学力	HONESTY 正直												
STUDY HABITS 学習習慣	OPEN TO CONSTRUCTIVE CRITICISM 建設的な批判に対する受け入れ												
ABILITY TO WORK INDEPENDENTLY 一人で学習する能力	ATTENTION AND FOCUS 注意力/集中力												
ABILITY TO WORK COLLABORATIVELY 複数人で学習する能力	EMOTIONAL STABILITY 情緒的安定性												
ABILITY TO COMMUNICATE IDEAS 自分の考えを伝える能力	SELF-CONFIDENCE 自信												
CRITICAL THINKING SKILLS 批判的に考える能力	SELF-CONTROL 自制心												
CLASS PARTICIPATION クラス参加	CONSIDERATION TOWARDS OTHERS 他人への思いやり												
	LEVEL OF MATURITY 成熟度												
	RELATIONSHIP WITH PEERS 友人との関係												
	RELATIONSHIP WITH ADULTS 成人との関係												
OVERALL ACADEMIC ABILITY 総合評価	OVERALL ASSESSMENT 総合評価												

FOR ALL APPLICANTS: 全生徒	Below Grade Level 学年以下	On Grade Level 学年レベル	Above Grade Level 学年以上
MATH PERFORMANCE 数学の実力			
READING PERFORMANCE 読解の実力			
WRITING PERFORMANCE 筆記面での実力			
FOR G1 APPLICANTS ONLY: 1年生への入学希望者のみ	Delayed 遅れている	Age Appropriate 年齢に合っている	Advanced 進んでいる
LANGUAGE DEVELOPMENT IN THE MOTHER TONGUE 母国語言語の発達			

■ Please describe the student's personality. この生徒の性格をお書き下さい。

■ What are this student's strengths and weaknesses? この生徒の長所と短所はどのようなところですか？

■ What support services, if any, has the student received? Check if previously or presently participating in any programs or services listed below. 現在または、以前において以下の項目に該当する場合は□にチェックをお願いします。

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> EAL (ENGLISH AS AN ADDITIONAL LANGUAGE) 英語サポート | <input type="checkbox"/> GIFTED/TALENTED 特殊な才能を持つ | <input type="checkbox"/> IEP (INDIVIDUALIZED EDUCATION PLAN) 個人教育プログラム | <input type="checkbox"/> 504 PLAN (USA) 504プラン (アメリカ) |
| <input type="checkbox"/> LEARNING SUPPORT 学習支援 | <input type="checkbox"/> SPEECH/LANGUAGE THERAPY スピーチセラピー | <input type="checkbox"/> OCCUPATIONAL THERAPY 作業療法 | <input type="checkbox"/> PSYCHIATRIST/PSYCHOLOGIST 精神科医・心理学者 |
| <input type="checkbox"/> BEHAVIORAL MANAGEMENT 行動マネジメント | <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL/FAMILY COUNSELING 個人・家族セラピー | <input type="checkbox"/> OTHER その他 | |

■ In what ways have the student's parents been cooperative and supportive in working with teachers, counselors and administrators? この生徒の保護者は先生、カウンセラー、その他学校関係者とどの様に協力的だったか説明してください。

■ Recommendation 推薦

Do you recommend this student for admission into A-JIS?
この生徒の入学を推薦しますか？

BASED ON ACADEMIC PROMISE 学習面での見込み

- STRONGLY RECOMMEND 強く推薦します
 RECOMMEND 推薦します
 DO NOT RECOMMEND 推薦しません

BASED ON PERSONAL QUALITIES 個人の資質

- STRONGLY RECOMMEND 強く推薦します
 RECOMMEND 推薦します
 DO NOT RECOMMEND 推薦しません

Additional Comments (Attach additional pages if necessary) その他ご意見 (必要であれば別紙にもお書き下さい)

■ Form Completed by 記入者氏名

NAME 氏名

POSITION 役職名

SIGNATURE 署名

DATE 日付

SCHOOL NAME 学校名

PHONE 電話

EMAIL



Confidential Recommendation Form 推薦状

Please post, email or fax directly to A-JIS Admissions or give to applicant's parents in a sealed envelope.

この書類は直接A-JISの入学課宛に郵便、Eメール、またはFAXでお送り下さい。直接保護者に渡す場合は必ず封をして下さい。

HIKARIGAOKA CAMPUS
7-5-1 Hikarigaoka, Nerima-ku, Tokyo 179-0072 Fax +81-3-5997-0091
〒179-0072東京都練馬区光が丘7-5-1 hikarigaoka.admissions@aobajapan.jp

MEGURO CAMPUS
2-11-5 Aobadai, Meguro-ku, Tokyo 153-0042 Fax +81-3-5456-1800
〒153-0042 東京都目黒区青葉台2-11-5 meguro@aobajapan.jp

FAMILY NAME 姓	FIRST 名	MIDDLE
CURRENT GRADE 現在の学年		HOW LONG HAVE YOU KNOWN THE STUDENT AND IN WHAT CAPACITY? どのくらいの期間、またどのような関係でこの生徒をご存知ですか?

Academic Evaluation 学習面における資質	Poor 劣る	Below Average 平均以下	Average 平均	Good 良い	Excellent 優秀	Not Applicable 不適用	Personal Qualities 個人の資質	Poor 劣る	Below Average 平均以下	Average 平均	Good 良い	Excellent 優秀	Not Applicable 不適用
ACADEMIC ACHIEVEMENTS 学力	HONESTY 正直												
STUDY HABITS 学習習慣	OPEN TO CONSTRUCTIVE CRITICISM 建設的な批判に対する受け入れ												
ABILITY TO WORK INDEPENDENTLY 一人で学習する能力	ATTENTION AND FOCUS 注意力/集中力												
ABILITY TO WORK COLLABORATIVELY 複数人で学習する能力	EMOTIONAL STABILITY 情緒的安定性												
ABILITY TO COMMUNICATE IDEAS 自分の考えを伝える能力	SELF-CONFIDENCE 自信												
CRITICAL THINKING SKILLS 批判的に考える能力	SELF-CONTROL 自制心												
CLASS PARTICIPATION クラス参加	CONSIDERATION TOWARDS OTHERS 他人への思いやり												
	LEVEL OF MATURITY 成熟度												
	RELATIONSHIP WITH PEERS 友人との関係												
	RELATIONSHIP WITH ADULTS 成人との関係												
OVERALL ACADEMIC ABILITY 総合評価	OVERALL ASSESSMENT 総合評価												

FOR ALL APPLICANTS: 全生徒	Below Grade Level 学年以下	On Grade Level 学年レベル	Above Grade Level 学年以上
MATH PERFORMANCE 数学の実力			
READING PERFORMANCE 読解の実力			
WRITING PERFORMANCE 筆記面での実力			
FOR G1 APPLICANTS ONLY: 1年生への入学希望者のみ	Delayed 遅れている	Age Appropriate 年齢に合っている	Advanced 進んでいる
LANGUAGE DEVELOPMENT IN THE MOTHER TONGUE 母国語言語の発達			

■ Please describe the student's personality. この生徒の性格をお書き下さい。

■ What are this student's strengths and weaknesses? この生徒の長所と短所はどのようなところですか？

■ What support services, if any, has the student received? Check if previously or presently participating in any programs or services listed below. 現在または、以前において以下の項目に該当する場合は□にチェックをお願いします。

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> EAL (ENGLISH AS AN ADDITIONAL LANGUAGE) 英語サポート | <input type="checkbox"/> GIFTED/TALENTED 特殊な才能を持つ | <input type="checkbox"/> IEP (INDIVIDUALIZED EDUCATION PLAN) 個人教育プログラム | <input type="checkbox"/> 504 PLAN (USA) 504プラン (アメリカ) |
| <input type="checkbox"/> LEARNING SUPPORT 学習支援 | <input type="checkbox"/> SPEECH/LANGUAGE THERAPY スピーチセラピー | <input type="checkbox"/> OCCUPATIONAL THERAPY 作業療法 | <input type="checkbox"/> PSYCHIATRIST/PSYCHOLOGIST 精神科医・心理学者 |
| <input type="checkbox"/> BEHAVIORAL MANAGEMENT 行動マネジメント | <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL/FAMILY COUNSELING 個人・家族セラピー | <input type="checkbox"/> OTHER その他 | |

■ In what ways have the student's parents been cooperative and supportive in working with teachers, counselors and administrators? この生徒の保護者は先生、カウンセラー、その他学校関係者とどの様に協力的だったか説明してください。

■ Recommendation 推薦

Do you recommend this student for admission into A-JIS?
この生徒の入学を推薦しますか？

- BASED ON ACADEMIC PROMISE 学習面での見込み
- STRONGLY RECOMMEND 強く推薦します
- RECOMMEND 推薦します
- DO NOT RECOMMEND 推薦しません

- BASED ON PERSONAL QUALITIES 個人の資質
- STRONGLY RECOMMEND 強く推薦します
- RECOMMEND 推薦します
- DO NOT RECOMMEND 推薦しません

Additional Comments (Attach additional pages if necessary) その他ご意見 (必要であれば別紙にもお書き下さい)

■ Form Completed by 記入者氏名

NAME 氏名

POSITION 役職名

SIGNATURE 署名

DATE 日付

SCHOOL NAME 学校名

PHONE 電話

EMAIL



School Bus Form スクールバス申込書

School Year

Student Name 生徒氏名

FAMILY NAME 姓

FIRST 名

MIDDLE

Hikarigaoka Campus 光が丘キャンパス

CLASS (if known)

Meguro Campus 目黒キャンパス

Method of transport to and from school 通学手段

Would you like to have your child use the school bus service?
お客様のスクールバス利用を希望しますか？

NO いいえ

▶ Please sign and date this form サインと日付を記入

YES はい

▶ Please complete all details below 以下全てを記入

Bus use periods バス乗車希望日

	BOTH WAYS 往復	MORNING ONLY 往路のみ	AFTERNOON ONLY 復路のみ	START DATE 開始日
REGULAR SCHOOL DAYS 平日 (月-金)	<input type="checkbox"/> ¥340,000	<input type="checkbox"/> ¥211,000	<input type="checkbox"/> ¥211,000	
SUMMER SCHOOL サマー・スクール	<input type="checkbox"/> ¥34,000	<input type="checkbox"/> ¥21,100	<input type="checkbox"/> ¥21,100	

Parent Guardian Details 保護者氏名

PARENT 1		PARENT 2	
FIRST NAME 名	FAMILY NAME 姓	FIRST NAME 名	FAMILY NAME 姓
WORK PHONE	MOBILE	WORK PHONE	MOBILE
WORK EMAIL		WORK EMAIL	
HOME ADDRESS		HOME ADDRESS	

Signature

SIGNATURE OF PARENT GUARDIAN
保護者署名

DATE
日付