



Tel: 03(6455)3127

Enrollment Registration Sheet

該当するクラスに「○」をつけてください

Schedule	Apply	Extended Care (3:00-5:00)	Others
Week 1 July 23-27			
Week 2 July 30- August 3			
Week 3 August 6-10			
Week 4 August 20-24			

Please fill in the allergy form below:

Egg 卵 milk 牛乳
wheat 小麦 buckwheat そば
nuts ナッツ fruits 果物
shrimp/crab エビ/カニ
others その他()

RISEのサマーキャンプにご参加したことがある方は右記にチェックください
If you attended RISE Summer-day Camp, please check the box.

現在、RISEに通われている方は右記にチェックください
If you are RISE student, please check the box.

** If you wish to cancel, you must do so before June 30.

サマーデイキャンプ申込書 Summer Day Camp

STUDENT INFORMATION

ふりがな
お子様氏名 : _____

----- Below, New student only -----

生年月日 : (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ

年齢 : 満 _____ 才

国籍 : _____ 性別: 男 / 女

現住所 : 〒(-)

PARENT INFORMATION

ふりがな
保護者氏名 : 父 _____

TEL: _____

e-Mail: _____

母 _____

TEL: _____

e-Mail: _____

勤務先 : 父 _____

母 _____

緊急連絡先(保護者が連絡をとれない場合の連絡先)

ふりがな 氏名	_____
続柄	_____
勤務先	_____
緊急連絡先	_____