

メルボルン日本人学校 冬季講習会実施要項

あなたも『質の高い日本の教育』を、受けてみませんか！

1. 対象 帰国して、日本の高等学校受験を希望される中学生で、以下の条件を満たす方。
(1) 授業を理解できる日本語の力があること。
(2) 期間中の送迎ができること。

2. 期間 2017年7月24日(月)～7月28日(金) <5日間>

3. 内容 本校で、入試対策問題を学習する。

	24日(月)	25日(火)	26日(水)	27日(木)	28日(金)
15:30～16:30	英語	数学	英語	国語	英語

4. 参加費 **\$165**

※7月14日(金)までに受講料納入書にご記入の上、チェックまたは現金でお支払いいただきます。

5. 応募方法 「受講願」に必要事項を記入後、以下のいずれかの方法でお申し込みください。
(1) 本校へ郵送、またはFAXにて送信する。
(2) 本校窓口へ直接お越しいただく。
(3) E-mailにて記入データを添付してお申し込みいただく。

THE JAPANESE SCHOOL OF MELBOURNE

住所：6 ELLINGTON ST., CAULFIELD SOUTH, VICTORIA 3162

電話：03 9528 1978；FAX：03 9528 6150；E-mail：melko@jsm.vic.edu.au

6. 受講申込締切 7月7日(金)

- ・受講に際し学習に困難をきたすと判断した場合は、受講をお断りする場合もございます。

7. その他

- (1) 参加費納入後、個人的な理由で不参加の場合は返金いたしかねます。ご了承ください。
(2) ご不明な点は、メルボルン日本人学校までお問い合わせください。

電話：9528-1978

【参考資料】

以下の表を参考にして、お子さんの日本人学校での受講学年をご記入ください。

<2017年度の学年>

生年月日	日本での学年
2004年4月2日～2005年4月1日生まれ	中学1年 (G7)
2003年4月2日～2004年4月1日生まれ	中学2年 (G8)
2002年4月2日～2003年4月1日生まれ	中学3年 (G9)

平成 29 年度メルボルン日本人学校 冬季講習会受講願

メルボルン日本人学校 校長 様

冬季講習会実施要項を了承の上、受講を希望します。

ふりがな			
受講生氏名	姓 (surname)	名 (first name)	男 ・ 女
生年月日	※ 英名等があればアルファベットでも記入をお願いします。(よみがなをふりがな欄にそえてください)		
	年	月	日 日本での学年 () 年
在籍校名			
ふりがな			
保護者氏名		※ 英名等があればアルファベットでも記入をお願いします。(よみがなをふりがな欄にそえてください)	
自宅	住所	Post Code	
	電話・FAX	電話	FAX
	E-mail		
受講期間中の 緊急連絡先	名称		
	電話番号		
備考			

Date

保護者サイン

/ /

THE JAPANESE SCHOOL OF MELBOURNE

ABN 21 005 914 474

Tuition Fees for High School Exam Course 2017
(Monday 24 July ~ Friday 28 July 2017)

冬季講習会 受講料 納入書 (GST FREE)

中学部

生徒氏名 STUDENT'S NAME	性別 SEX	年齢 AGE	学年 GRADE	授業料 AU\$
				165
				165
				165
合計 TOTAL				

納入日 DATE OF PAYMENT _____

保護者氏名 PARENT'S NAME _____

住所 ADDRESS _____

Tel. _____

E-mail ADDRESS _____

- 納入方法 :
1. 小切手にて支払い : PAYABLE TO: THE JAPANESE SCHOOL OF MELBOURNE
 2. 現金にて支払い
 3. 領収書を必要とする場合は必ず返信用封筒と郵便切手をご用意下さい。

納入日 : 2017年7月14日(金) 厳守

Medical Form

(Please complete and return as soon as possible)

This report is intended to assist the school in case of any medical emergency with your child. All information is held in confidence.

Child's Name.....

Blood Type.....

Name and Address of Family Doctor.....

.....

.....

Medicare No.....

Medical/Hospital Insurance Fund.....

Membership No.....

Please tick if your child suffers any of the following:

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dizzy spells | <input type="checkbox"/> Fits of any type | <input type="checkbox"/> Heart condition |
| <input type="checkbox"/> Blackouts | <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Other: | | |

Allergies to:

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Any foods | <input type="checkbox"/> Other drugs |
| <input type="checkbox"/> Other Allergies | | |

What special care is recommended?.....

Tablets and Medicines

1. Is your child presently taking tablets and/or medicine? YES / NO

If YES please state the name of medication, dosage, etc.....

2. All medicines to be handed to the teacher in charge prior to leaving, with your child's name, the dose to be taken and when it should be taken. (These will be kept in the first aid centre and distributed as required)

Please do not allow children to be in possession of any medicine while on the camp or excursion.

Consent of Medical Attention

I authorize the teacher in charge of the outdoor education to consent, where it is impracticable to communicate with me; to the child receiving such medical or surgical treatment as may be deemed necessary.

Signed..... Date.....

[健康に関する項目]の記入に関して

裏面の記入は、下記を参考にご記入してください。

Blood type (血液型)

Name and Address of Family Doctor (かかりつけのホームドクターの氏名・住所・電話番号)

Medicare No. (メデイケアナンバー)

Medical/Hospital Insurance Fund (医療保険)

Membership no. (医療保険番号)

Please tick if your child suffers any of the following: (以下のような症状がある場合にはチェックをお願いします)

Dizzy spells	めまい	Fits of any type	発作	Heart condition	心臓の状態
Blackouts	失神	Migraine	偏頭痛	Asthma	喘息
Other	その他				

Allergies to (以下のようなアレルギー)

Penicillin (ペニシリン)

Any foods (たべもの)

Other Drugs (薬)

Other Allergies (他のアレルギー)

What special care is recommended? (特に配慮する事項)

Tablets and Medicines (薬について)

3. Is your child presently taking tablets and/or medicine? (現在、薬を服用していますか。)

YES / NO

If YES please state the name of medication, dosage, etc

(服用している場合には薬の名前や投薬について書いてください。)

4. All medicines to be handed to the teacher in charge prior to leaving, with your child's name, the dose to be taken and when it should be taken. (These will be kept in the first aid centre and distributed as required)

Please do not allow children to be in possession of any medicine while in the school.

(薬などを持参する場合は、記名した袋に薬を入れ、教師に預けるようにお願いします)

Consent of Medical Attention (同意書)

I authorize the teacher in charge of the excursion/tour to consent, where it is impracticable to communicate with me; to the child receiving such medical or surgical treatment as may be deemed necessary.

(子供がけがや病気をして、投薬あるいは治療の必要があって、

連絡を取れないときには引率の責任者に一任します。)

サイン

日付け