|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **2026年度　短期课程报名表** |
| **ISI日本语学校　入学咨询中心***〒160-6112东京都新宿区西新宿8-17-1 住友不动产新宿Grand Tower12F**TEL : +81-3-5962-0405 FAX : +81-3-5937-0477* *E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/zh-cn* |

**请认真填写所有事项，并在符合的位置中打勾。本人依据下表，申请短期课程。**

|  |
| --- |
| **申请人信息** |
| 姓（拼音）: |  | 名（拼音）: |  | 照片＊请把照片电子版发送给我们。 |
| 姓（汉字）: |  | 名（汉字）: |  |
| 住址: |  | 邮政编码： |
| 电话号码： |
| 邮箱地址: |  | 出生日期: |  　 /年 　 /月 　 /日 |  |
| 性別: | [ ]  男 　　[ ]  女 | 国籍: |  |
| 护照号码: |  | 有效期: |  　 /年 　 /月 　 /日 |
| 职业: |  | 公司或学校名: |  |
| 签证种类: | [ ]  短期滞在（旅游签证） 　　 [ ]  工作签证　 　　 [ ]  家族滞在签证 　　 [ ]  其他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 紧急联系人信息: | 姓名: | 电话号码: | 与学生的关系: | 国籍: |
| **日语能力** |
| 是否学习过日语: | [ ]  | 是→(学习时长为： 年 月) | [ ]  | 否 |
| 您是否通过了日语能力测试？ | ☐ 是　( 　　　级)合格　　　　　　　　☐ 否 |
| **报名学校・课程** |
| 学校（课程）: | [ ]  新宿本校（综合日语）　　 　[ ]  新宿Prime校（综合日语） 　　[ ]  池袋校（综合日语） 　　 　[ ]  涩谷原宿校（综合日语) 　[ ]  高田马场商务校（综合日语） [ ]  高田马场升学校（综合日语）[ ]  大阪校（综合日语）　　　 　[ ]  京都校（综合日语） 　　　　[ ]  长野校（综合日语）  |
| [ ]  涩谷原宿校（商务日语）/中长期在留者支援方案\*2 （[ ] 　YES）[ ]  高田马场商务校（商务日语）/中长期在留者支援方案\*2 （[ ] 　YES） |
| [ ]  涩谷原宿校（夜间日语课程）\*1 /中长期在留者支援方案\*2 （[ ] 　YES） |
| 课程开始日: |  /年　 　　　/月 　　　/日 | 课程结束日 |  /年　 　　　/月 　　　/日 | 共计 |  | 周 |
| 可选择的授课方式: | [x]  线下授课　 [ ]  线上授课（仅夜间日语课程提供） |
| 学习目标 |  [ ]  希望升学　　　　[ ]  希望在日本工作　　 　[ ]  希望在本国工作 　[ ]  通过日语能力测试 [ ]  其他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| \*1 最短申请期间是2周。关于涩谷原宿校的夜间日语课程则为四周。\*２ 以下内容仅适用于以工作假期制度来日本的人或学习 6 个月（20 周）以上课程的中长期居民。　　「短期职业日语」课程的学员可以免费获得专任职业顾问的就业支持。「夜间日语课程」学员可以获得兼职介绍、课外特别讲座和企业说明会的参与支持。**住宿・接机服务** |
| 是否申请住宿: | [ ]  | 是 | [ ]  | 否 |
| ---如果回答「是」、要住宿吗？ | [ ]  周租公寓 (□单人间 □双人间 / [ ] 吸烟・禁烟皆可 [ ] 吸烟室 [ ] 禁烟室) |
| [ ]  学生宿舍 (□单人间 □双人间 □三人间 [ ] 四人间 \*三人间、四人间仅限长野校) |
| [ ]  合租公寓 (□单人间 □双人间) | [ ]  寄宿家庭 \*请另外提交申请表。 |
| ---如果回答「否」、您将住哪里？ | [ ]  酒店　　　　　　 　[ ]  朋友的住处　　　　　　　[ ]  其他( )　 |
| 入住期间**:** 　　　　　　 /年　 　　　　/月 　 　　　/日  | 至**:** 　　　　　　/年　 　　　　/月 　　　　/日  |
| 到达机场: | [ ] 成田机场(NRT)　 　　　[ ] 羽田机场(HND) 　　 　 　　　[ ] 关西国际机场(KIX)　　 　 |
| 航班号(已购买机票的学生)**:** | 到达日期**:** 　　　　/年 　　　　/月 　　　　/日 | 到达时间：　　　　　　　　　 |
| 是否申请接机: \*仅限申请了住宿安排的人可以进行安排。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **✓**[ ]  否[ ]  仅单程**(请选择其中****一项→)** | **目的地** | **接机方式** | **单程费用** |
|[ ]  （东京）至学生宿舍 | 拼乘接送车 | 41,000日元~　\*指定入住日时间内:23,000日元~ |
|[ ]  （东京／大阪）至周租公寓／合租公寓 | 出租车 | 41,000日元~ |
|[ ]  （东京／大阪／京都）至寄宿家庭 | 接送车 | 41,000日元~ |
| [ ]  | （京都）至学生宿舍 | 接送车 | 40,000日元~　 |  |
| [ ]  | （长野）至学校／学生宿舍 | 接送车／拼乘出租车 | 33,000日元~ |  |

 |
| **访日记录**  |
| 您是否曾被日本拒签过？ | [ ]  | 是→(理由: ) | [ ]  | 否 |

**本人确认上述申报内容属实，并在此签名。本人已阅读、理解并同意ISI日本语学校招生简章中的所有条款（申请、课程、入学、付款、取消/退款政策、免责声明等）。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人签名:** |  |  | **日期:** |  　　　　　　 /年　 　　　　/月 　　　　/日  |

 　　\*请一同填写下面的「健康状况申报表」。

|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **健康状况申报表** |
| **ISI日本语学校　入学咨询中心***〒160-6112　东京都新宿区西新宿8-17-1　住友不动产新宿Grand Tower12F**TEL : +81-3-5962-0405 FAX : +81-3-5937-0477* *E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/zh-cn* |

请于本申报表如实填写您的健康状况。

本申报表是为了让您能安心度过学校生活，教职员需要事先了解大家的健康状况而填写的表格，请尽可能详细填写。

即便提交本申报表，学校也不会为您开药或进行医疗行为等，请见谅。本申告书将作为个人信息妥善管理。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 现在的健康状态如何？请从下列选项中选择。
 | [ ] 非常好 [ ] 一般 [ ] 不太好　　 [ ] 不好 |
| 1. 现在是否有因为何种病的治疗而定期去医院吗？
 | [ ]  否[ ]  是 | 发病（症）时间： 年 月左右病名：  |
| 1. 现在是否有在服用任何药物？※包含非处方药
 | [ ]  无[ ]  有 | 开药时间： 年 月左右药物种类：[ ] 　精神安定药　　　[ ] 　助眠药　[ ] 　抗癫痫　　　　　　　　　　　　[ ] 　哮喘药　[ ] 　GID激素治疗药物　[ ] 其他（ 　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 过去5年内有无住院动过手术？
 | [ ]  无[ ]  有 | 住院时间 年 月左右住院理由：  |
| 1. 过去有无以下病症的病史？

※如(1)～(7)项目中选择“有”，且影响日常生活，请在第8项中详细填写。 |
| 1. 结核病感染史
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | 现在状况：[ ]  痊愈　　　　　[ ]  服药中 |
| 1. 精神病
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | [ ]  抑郁症 [ ]  焦虑症 [ ]  恐慌症　　 [ ]  失眠　[ ]  注意缺陷多动障碍（ADHD) 　 [ ]  自闭症[ ]  其他( ) |
| 1. 包括哮喘等的过敏疾病
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | [ ]  食物 [ ]  药 [ ]  化学制品[ ]  其他（　　　　　　　　　　 　　　 　 ） |
| 1. 疟疾及其他传染病
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | 名称： |
| 1. 糖尿病
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | 现在的情况[ ] 　服药中　　　[ ] 　自己注射胰岛素 |
| 1. 癫痫或痉挛的发作
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 |  |
| 1. 其他
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | 现在状况：[ ]  痊愈 [ ]  服药中 |
| 1. 关于预防接种，至今是否有接种史？
 | [ ]  BCG [ ]  M.M.R. [ ]  脊髓灰质炎 [ ]  麻疹 [ ]  风疹 [ ]  白喉[ ]  破伤风 [ ]  脑膜炎 [ ]  其他（　　　　　　　　　 ） |
| 1. 有无特殊食物疗法或食物限制等？
 | [ ]  无 [ ]  有 | 时间： 年 月左右内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 1. 如有需要本校事先了解的事项，请填写（如需特别照护、使用轮椅等）。

※如第5项(1)～(7)中选择“有”，且影响日常生活，请详细填写。 |

**本人确认上述申报内容属实，并在此签名。本人已阅读、理解并同意ISI日本语学校招生简章中的所有条款（申请、课程、入学、付款、取消/退款政策、免责声明等）。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人签名:** |  |  | **日期:** |  　　　　　　 /年　 　　　　/月 　　　　/日  |