|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Formulario de Inscripción 2026** |
| **ISI Japanese Language School Education Center***〒160-6112 Sumitomo Fudosan Shinjuku Grand Tower, 8-17-1 Planta 12. Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo**TEL : +81- 3-5962-0405 　FAX : +81- 3-5937-0477　 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/es/* |

Importante: Todas las secciones deben ser rellenadas. Por favor, escribe con claridad y selecciona las casillas 🗹 correspondientes.

Me gustaría inscribirme en el curso de corta duración de japonés.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL INTERESADO** |
| Apellido(s) **:**Tal y como en el pasaporte |  | Nombre(s) **:**Tal y como en el pasaporte |  | Fotografía\*Por favor, envíanos la foto en formato JPEG/PNG  |
| Dirección completa**:** |    | Código postal**:** |
| Tel**:** |
| E-mail**:** |  | Fecha de nacimiento**:** | AAAA/ MM/ DD/ |  |
| Sexo**:** | [ ]  Hombre [ ]  Mujer | Nacionalidad**:** |  |
| Nº de pasaporte**:** |  | Válido hasta**:** | AAAA/ MM/ DD/  |
| Profesión**:** |  | Empresa/Escuela**:** |  |
| Estado de la visa**:** | [ ] Visa de turista [ ] Visa de vacaciones de trabajo [ ] Visa de trabajo [ ] Visa de estancia familiar [ ]  Otros( ) |
| Contacto de emergencia**:** | Nombre**:** | Tel**:** | Relación**:** | País**:** |
| **CONOCIMIENTOS DE JAPONÉS** |
| ¿Has estudiado japonés antes? | [ ]  Sí 🡪　 (¿Cuánto tiempo? 　 Año(s) 　　 Meses) | [ ]  No |
| ¿Has aprobado el JLPT? | [ ]  Sí (JLPT N )　　　　　　[ ]  No |
| **SOLICITUD DE ESCUELA Y CURSO** |
| Escuela**:**(Curso) | [ ]  Shinjuku Main, Tokio（Japonés General） 　[ ]  Shinjuku Prime, Tokio（Japonés General） [x]  Ikebukuro, Tokio（Japonés General） [ ]  ShibuyaHarajuku, Tokio（Japonés General）　　[ ]  Escuela de Japonés de negocios de Takadanobaba, Tokio（Japonés General） [ ]  Escuela de Japonés Académico de Takadanobaba, Tokio（Japonés General）　　　[x]  Osaka（Japonés General） [ ]  Kioto（Japonés General） [ ]  Nagano（Japonés General）  |
| [ ]  ShibuyaHarajuku, Tokio (Japonés de Negocios)　con el Programa de Apoyo para aquellos con visado Working Holiday \*2（[ ] 　SI）[x]  Escuelra de Japonés de negocios  de Takadanobaba, Tokio (Japonés de Negocios)　con el Programa de Apoyo para aquellos con visado Working Holiday \*2（[ ] 　SI） |
| [ ]  ShibuyaHarajuku, Tokio (Curso de tardes)　con el Programa \*1 de Apoyo para aquellos con visado Working Holiday \*2（[ ] 　SI）　 |
| Fecha de inicio**:** | AAAA/ MM/ DD/  | Fecha de fin**:** | AAAA/ MM/ DD/  | Duración**:** |  Semanas |
| Tipo de curso que prefieres**:** | [ ]  Presencial　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ]  Online（sólo curso de tarde） |
| Objetivos de estudio | [x] Acceder a educación superior en Japón　　　[ ] Trabajar en Japón　　　[ ] Trabajar en mi país　　　[ ] Aprobar el JLPT　　　[ ] Otra（　　　　　　　　　　　　　） |
| \*1.La Matricula mínima es de 2 semanas。Para el curso de tardes de Shibuya-Harajuku es de 4 semanas。\*2. Lo siguiente solo se aplica a aquellos que vienen a Japón con la Working Holiday Visa o para residentes de mediano a largo plazo que realicen un curso de seis meses (20 semanas) o más.- Los estudiantes del curso "Japonés de Negocios de Corta duración" podrán recibir apoyo gratuito para búsqueda de empleo por parte de un asesor profesional especializado.　　- Los estudiantes del curso de tardes pueden recibir apoyo para la búsqueda de trabajos a tiempo parcial y podrán asistir a sesiones de informativas de empresas.**ALOJAMIENTO Y RECOGIDA EN EL AEROPUERTO** |
| ¿Necesitas alojamiento con nosotros? | [ ]  Sí |  | [ ]  No |
| ---En caso afirmativo, ¿en qué tipo de alojamiento querrías hospedarte? | [ ]  Apartamento seminal ([ ] individual [ ] doble / [ ] sin preferencia [ ] para fumadores [ ] no fumadores)  |
| [ ]  Residencia de estudiantes ([ ] individual [ ] doble [ ] triple [ ] cuádruple \*triple, cuádruple Sólo escuela de Nagano) |
| [ ]  Guesthouse ([ ]  individual [ ]  doble) 　　　　　　　 [ ]  Homestay \*Por favor envía el formulario aparte |
| -En caso negativo, ¿dónde planeas alojarte？ | [ ] Hotel　　　　　　[ ] Casa de amigo/conocido　　　　　[ ]  Otro |
| ---En caso afirmativo, fecha de ingreso**:** AAAA/ MM/ DD/  | Fecha de salida**:**  AAAA/ MM/ DD/  |
| Aeropuerto de llegada**:** | [ ] 　Narita (NRT) 　　　　　　　[ ]  　Haneda (HND)　　　　 　　 [ ]  　Kansai Int’l (KIX) |
| Número de vuelo (si ya has reservado)**:** | Llegada**:** Fecha**:**  AAAA/ MM/ DD/ Hora: \_\_\_:\_\_\_  |
| ¿Necesita servicio de recogida en el aeropuerto? ※Solo disponible para aquellos que han reservado alojamiento a través de ISI.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ] No [ ] Ida y vuelta**(elige uno→)** | **Destino** | **Método** | **Tarifa solo ida**  |
| [ ]  | (Tokio) Residencia de estudiantes  | Coche compartido | 41,000 JPY~ \*Día y hora de entrada designados: 23,000 JPY~ |
| [ ]  | (Tokio/Osaka) Apartamento semanal/Guesthouse | Taxi  | 41,000 JPY~ |
| [ ]  | (Tokio/Osaka/Kioto) Homestay | Coche | 41,000 JPY~ |
| [ ]  | (Kioto) Residencia de estudiantes | Coche | 40,000 JPY~  |
| [ ]  | (Nagano) Escuela/ Residencia de estudiantes | Coche/Taxi compartido | 33,000 JPY~ |

 |
| **ENTRADA A JAPÓN**  |
| ¿Te han denegado alguna vez la entrada a Japón?  | [ ]  | Sí 🡪 (Motivo: ) | [ ]  | No |

**Confirmo que la información anterior es correcta y verídica y, por lo tanto, firmo este documento. He leído, comprendido y acepto los términos y condiciones del Manual de ISI Japanese Language School (Inscripción, Cursos, Matrícula, Pagos, Política de Cancelación/Reembolso, Avisos legales, etc.).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma del interesado:** |  |  | **Fecha:** | **AAAA/ MM/ DD/**  |

\*Por favor, rellena la siguiente página con la Declaración del Estado de Salud.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Declaración del Estado de Salud** |
| **ISI Japanese Language School Education Center***〒160-6112 Piso 12, Sumitomo Fudosan Shinjuku Grand Tower, 8-17-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio**TEL : +81-* *3-5962-0405 　FAX : +81-* *3-5937-0477 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/es/* |



Por favor, utiliza este formulario de declaración para proveer información relativa a tu actual estado de salud.

Para que todos los estudiantes estén saludables, es importante que los miembros facultativos sean conscientes de la condición de tu salud así que, por favor, rellena los siguientes campos de forma detallada.
Ten en cuenta que no ofrecemos consulta médica ni medicamentos en la escuela. La información contenida en este formulario será tratada de manera confidencial.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ¿Cuál es tu estado actual de salud?
 | [ ]  Muy bueno [ ]  Normal [ ]  No muy bueno [ ]  Malo |
| 1. ¿Estás en la actualidad bajo tratamiento debido a algún problema de salud?
 | [ ]  No[ ]  Sí  | Desde Año/ Mes/ 　 Nombre de la enfermedad (　　　　　　　　　　　　 　 　） |
| 1. ¿Estás tomando algún medicamento actualmente? (Incluyendo medicamentos de sin receta)
 | [ ]  No[ ]  Sí  | Fecha de la prescripción: Año/ Mes/ Medicamento: [ ] 　Tranquilizante [ ] 　somníferos [ ]  Fármaco antiepiléptico [ ]  Medicamento para asma ☐　Medicación para terapia hormonal relacionada con la identidad de género (GID)[ ]  Otros:（　　　 　 　 　　　　　　 　） |
| 1. ¿Has sido sometido a cirugía o has estado hospitalizado en los últimos 5 años?
 | [ ]  No[ ]  Sí  | Fecha: Año/ Mes/ 　Motivo（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. ¿Presenta usted alguno de los siguientes antecedentes médicos?

\*Si has marcado "Sí" en los apartados del (1) al (7) y indícanos más detalles al respecto en el punto 8. |
| 1. Tuberculosis
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/  | Estado actual[ ] 　Recuperado/a　 [ ] 　Medicándome |
| 1. Trastorno mental
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/ | [ ]  Depresión [ ]  Ansiedad [x]  Trastorno de pánico [ ]  Insomnio　　[ ]  Trastorno de déficit de atención con hiperactividad（TDAH) [x]  Autismo [x]  Other ( ) |
| 1. Alergias, incluyendo asma
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/ | [ ]  Comida [ ]  Fármaco [ ]  Productos químicos[ ]  Otros（　　　　　　　　　　 　　　　 ） |
| 1. Malaria u otro tipo de enfermedad contagiosa
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/ | Nombre: |
| 1. Diabetes
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo Año/ Mes/ | Estado actual[ ] 　Tomando medicamentos　　　[ ] 　Inyecciones de Insulina |
| 1. Convulsiones 　　o ataques epilépticos
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo Año/ Mes/ |  |
| 1. Otras
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/ | Estado actual[ ]  Recuperado/a　 [ ]  Medicándome |
| 1. ¿Tienes un historial de vacunación?
 | [ ]  Tuberculosis [ ]  Triple viral [ ]  Polio [ ]  Sarampión [ ]  Rubeóla [ ]  Difteria [ ]  Tétano [ ]  Meningitis　 [ ]  Otras（　　　 ） |
| 1. Necesidades especiales por tratamiento alimenticio o restricciones de dieta
 | [ ]  No [ ]  Sí | Desde: Año/ Mes/ Detalles（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）Motivo（　　　　　　　　　　　　　　 ）　 |
| 1. Si hay algo que la escuela deba saber de antemano (por ejemplo, necesidades especiales como uso de silla de ruedas), por favor indíquelo. ※ Si has marcado "Sí" en los apartados del (1) al (7) y indícanos más detalles al respecto.
 |

**Confirmo que la información anterior es correcta y verídica y, por lo tanto, firmo este documento. He leído, comprendido y acepto los términos y condiciones del Manual de ISI Japanese Language School (Inscripción, Cursos, Matrícula, Pagos, Política de Cancelación/Reembolso, Avisos legales, etc.).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma del interesado:** |  |  | **Fecha:** | **AAAA/ MM/ DD/**  |