



Hope International Academy
Preschool

Enrollment Documents

ホープインターナショナル アカデミー幼稚部
入園書類

入園書類チェックリスト(Application Form Check List)

- 入園申込書 (Application Form)
- 健康報告書 (Child's Health Record)
- 児童の状況報告書 ・ 幼児票 (Health Questionnaire ・ Child's Profile)
- 健康診断書 (入園 3 ヶ月以内の診断書または乳児健診)
Medical Certificate (Medical certificate or infant medical examination within 3 months of admission)
- 保険証コピー (Copy of Medical Insurance)
- 予防注射コピー (Copy of Immunization Record)
- 保育利用にあたって (Preschool Agreement)
※Please return both copies(※記入後、事務所へ2部返却)
- 契約書 (Preschool Policy)
※Please return both copies(※記入後、事務所へ2部返却)
- 園児緊急連絡票 (Emergency Contact)
- 写真撮影許可書 (Media Release Form)
- 個人情報の取り扱いに関する同意書 (Consent form regarding the handling of personal information)
- 施設等利用給付認定通知書 (Childcare payment certificate - applicable families only)

ENROLLMENT APPLICATION
入園申込書

_____年 月 日 入園

CHILD'S NAME ROMAJI 入園児童氏名	LAST	FIRST	MIDDLE		AGE 年齢 歳 ヶ月 YEAR MONTH	SEX 性別 BOY / GIRL 男 / 女
ADDRESS 現住所				DATE OF BIRTH 生年月日	YEAR MONTH DAY 年 月 日	
REASON FOR ENROLLMENT 入園を申し込む理由	<input type="checkbox"/> EMPLOYMENT <input type="checkbox"/> TRANSFER (<small>FORMER SCHOOL NAME</small>) <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> 就業のため <input type="checkbox"/> 転園 (前の園名) <input type="checkbox"/> その他					
PARENT'S/ GUARDIAN'S INFOMATION 保護者	NAME OF FATHER 氏名 (父)				CELL PHONE 携帯電話	
	EMPLOYER NAME 勤務先				WORK PHONE 勤務先電話	
	EMPLOYER ADDRESS 勤務先住所					
	NAME OF MOTHER 氏名 (母)				CELL PHONE 携帯電話	
	EMPLOYER NAME 勤務先				WORK PHONE 勤務先電話	
	EMPLOYER ADDRESS 勤務先住所					
HEALTH CONDITION 健康状態	NOMAL TEMPERATURE 平熱 °C °F		FOOD ALLERGIES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		OTHER ALLERGIES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO その他アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	SEIZURES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ひきつけ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		HEART DISORDER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO 呼吸心疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		ANY MEDICAL HISTORY <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO 既往症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	* IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS *「有」にチェックがある場合は具体的にご記入下さい。					
FAMILY INFORMATION 世帯員	NAME 氏名	RELATIONSHIP 児童との続柄	AGE 年齢	SEX 性別	APPLIED TO MORE THAN ONE PRESCHOOL 他園との併願	
					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
					<input type="checkbox"/> 併願中 <input type="checkbox"/> 併願なし	

この申込用紙に記入された内容につきましては、入園のお申込み以外の目的には使用しません。
This information will not be used for another purpose besides admission of application.

DATE OF APPLICATION 申込日	YEAR	MONTH	DAY	年 月 日
----------------------------	------	-------	-----	-------

Child's Health Questionnaire

健康報告書

Hope International Academy Preschool

フリガナ		性別	生年月日	血液型
幼児氏名		男・女	年 月 日生	
かかりつけ 病院名		(病院) TEL		
平均体温	度	睡眠時間	時間	

幼児 発育 暦	*出産 第()子 *出産 安産・帝王切開・早産(月) *出生時の体重 ()g *栄養 母乳・人口乳・混合 *主な養育者 ()	*首がすわる *発音(ママ・等) *離乳完了 *歩行開始 *おむつが外れた	年	月	
健康 状態	*現在かかっている病気、またはケガ *やや丈夫 *かなり丈夫				
予 防 接 種	種 類	接 種 日	種 類	接 種 日	
	*三種混合 ・百日咳 ・ジフテリア ・破傷風	第一期	第1回	年 月 *ツベルクリン	年 月
			第2回	年 月 *BCG	年 月
			第3回	年 月 *日本脳炎	第1回 年 月
	第二期		年 月	第2回	年 月
	*ポリオ(急性灰白髄炎)		年 月	*水 痘	年 月
	*2種混合 ・はしか ・風しん	第一期	年 月	*インフルエンザ	第1回 年 月
		第二期	年 月		第2回 年 月
	*おたふくかぜ		年 月	*その他()	年 月
	か か っ た 病 気	*はしか		*手足口病	年 月
*風しん		*とびひ	年 月		
*おたふくかぜ		*突発性発疹	年 月		
*水ぼうそう		*その他()	年 月		
*脱臼		*ひきつけ	*ぜんそく	*かぜ	*気管支炎
*扁桃腺	*肺炎	*中耳炎	*便秘	*下痢	
*自家中毒	*急性消化不良	*ヘルニア	*その他()		
*体質の異常	(アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・じんましん等)				

Child's Health Questionnaire

Name			Sex	Date of Birth			BloodType
			M · F	Year	Month	Day	
Primary Hospital				(TEL)			
Average Body Temperature	°C °F	The number of hours of sleep		Nursing Time	Every Hours	Amount of Milk	

Developmental History							
*Number of Birth		First Child /Second Child /Third Child		*Hold One's head up		(Date)	
*Method of Birth		Easy/C-Section/PrematureBirth (weeks)		*Weaned From Breast feeding		(Date)	
*Birth Weight		() g / Pound		*First Words		(Date)	
*Feeding methods		Breast feeding / Formula / Both		*First Steps		(Date)	
*MainCaregiver		()		*Toilet-trained		(Date)	
State / Condition of Health							
*Healthy		*Normal					
*Current illness or injuries							
Vaccination							
NAMES		DATE		NAMES		DATE	
*DTP vaccine · Diphtheria · Tetanus · Pertussis	First			*Tuberculosis (TB)			
	Second			*BCG (Japanese Only)			
	Third			* Japanese encephalitis	First		
*Polio vaccine				*Chicken pox			
*MMR Vaccine · Measles · Rubella	First			*Influenza	First		
	Second				Second		
*Mumps Vaccine		—		*Other ()			
History of Sickness							
* Measles				*Hand, Foot, Mouth Disease			
*Rubella				*Impetigo			
*Mumps				*Baby Rush			
*Chicken pox				*Other()			
* Bone Dislocation		* Seizure		* Asthma		* Cold	
*Tonsillitis		*Pneumonia		*Ear infection		*Constipation	
* Acute dyspepsia		*Hernia		* Allergic rhinitis		* Atopic dermatitis(Eczema)	
* Food Allergy		* Other ()					

幼 児 票

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
幼児氏名		男・女	月 日生	才 ヶ月

保護者から見た家庭での子供たちの生活	食事	*食事の量 (多い ・ 普通 ・ 少ない) *食事の様子 (早い ・ 普通 ・ 遅い) *偏食 (なし ・ ある=それは、_____)			
	食べ物の好み	*好きな食べ物 (_____) *嫌いな食べ物 (_____)			
	睡眠	*午睡 (いつもする ・ あまりしない) *寝つき (良い ・ 悪い) *添い寝 (する ・ しない)			
	排泄	*大便が自分で (できる ・ できない) *小便が自分で (できる ・ できない) *夜尿 (しない ・ 時々する ・ よくする)			
	清潔	*顔を自分で (洗 う ・ 洗わない) *手を自分で (洗 う ・ 洗わない) *歯を自分で (磨 く ・ 磨かない)			
	衣類の着脱	*服を自分で (着る ・ 少し手伝えば着る ・ 着られない ・ 着せてもらいたがる) *服を自分で (脱ぐ ・ 少し手伝えば脱ぐ ・ 脱げない) *ボタンを自分で (掛ける ・ 少し手伝えば掛ける ・ 掛けられない)			
	言語	*赤ちゃん語 *はっきり言える *どもる *その他 (_____)			
	遊び	*友達が (いる ・ いない) *家では (1人で遊ぶ ・ 大人と遊ぶ ・ 兄弟と遊ぶ) *特に興味を持つもの (_____)			
	運動	*寝返り *ハイハイ *つかまり立ち *つたい歩き *転びやすい *不器用 *運動恐怖 *その他 (_____)			
	性質	*すねる *怖がる *わがまま *頑 固 *やんちゃ *活発 *優しい *内 気 よく笑う *良く泣く その他 (_____)			
園で注意して欲しい事					
備考					

Child's Profile

DD/MM/YY :

Child' Name	Sex	D.O.B	Age
	M • F		

Guardian's Subjective View of Child's Lifestyle

Meal

- * Amount of each meal (A lot • Normal • Small)
- * How your child eat (Fast • Normal • Slow)
- * Amount of snacks per day (No • Yes = What it is..._____)

Preference of Food

- * What is his/her favorite food(s)
(_____)
- * What does he/she not like to eat
(_____)

Sleep

- * Nap(s) (Everyday • Not everyday)
- * How he/she sleeps (Good • Difficult)
- * Sleep together (Yes • No)

Excretion

- * Can he/she go potty him/herself? #1 (Yes • No) #2 (Yes • No)
- * Wake up for potty middle of the night (No • Sometimes • Yes)

Cleanliness

- * Does he/she wash face.. (Yes • No)
- * Wash his/her hands.. (Yes • No)
- * Brush his/her teeth.. (Yes • No)

Put on One's Clothes

- * Put on clothes themselves (Yes • Yes, with help • No • Wants other to do it)
- * Take off clothes themselves (Yes • Yes, with help • No)
- * Button/Zip themselves (Yes • With help • No)

Speech

- * Baby Talk * Talk well * Stutter * Other (_____)

Play

- * Have some Friend(s) (Yes • No)
- * At home (Play themselves • Play with parents • Play with sibling)
- * Particular interests (_____)
- * Rollover * Crawling * Pulls self up to stand * Walks holding on
- * Easy to fall * Clumsy * Fear of movement * Other (_____)

Things to be aware of in daycare

Other concern(s)

MEDICAL CERTIFICATE 健康診断書				
NAME OF SCHOOL 保育園名		Hope International Academy Preschool ホープインターナショナルアカデミー幼稚部		
CHILD 入園児童	NAME 氏名		SEX 性別	M・F 男・女
	ADDRESS 住所		DATE OF BIRTH 生年月日	
DOCTOR'S FINDING 医師所見	1. INTERNAL DISORDERS 内科疾患			
	2. SKIN DISORDER 皮膚疾患			
	3. OPTICAL DISORDER 眼疾患			
	4. ALLERGIES アレルギー			
	5. OTHER INFECTIOUS DISEASE その他の伝染病疾患			
	6. NOTES 備考			
DOCTOR'S DECISION 判定	PLEASE DECIED IF THE CHILD IS SUITABLE TO ENROLL IN A PRESCHOOL. 通常の一般保育園及び集団保育に適するかどうかについて判断ください。 ※ MENTALLY AND PHYSICALLY SUITABLE TO ENROLL 精神的・身体的に、入園に適している。 ※ MENTALLY AND PHYSICALLY NOT SUITABLE TO ENROLL. 精神的・身体的に、入園に適していない。 REASON 理由			
I HEREBY DIAGNOSE AS DESCRIBED ABOVE. 上記の通り診断する。		DATE (/ /) 診断書作成日 平成 年 月 日 NAME OF MEDICAL INSTITUTION 医療機関名 ADDRESS 住所 PHONE 電話番号 DOCTOR'S NAME 医師名		
		印		

保育利用にあたって

年 月 日

契約者 _____ 様 印

学校法人Hope International Academy Preschool
理事長 上原 豊和 印

当保育施設は、以下の内容で保育サービスを提供いたします。

◆保育内容・料金

利用児童	(年 月 日生 歳 ヶ月)
利用形態	月極保育
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
利用時間	月～金曜日 8:00～17:00 延長保育17:00～18:00
料金	○保育料 55.000円／月 ○ランチ代 5.500円／月 ○教材費 33.000円／年 ○保険料 200円／年 (その他ユニフォーム代などの料金は利用に応じて徴収いたします。) ※やむを得ない場合のみ時間外対応いたします。(500円／30分)

当施設では、以下のとおり保険に加入しています。

◆利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

保険会社名・保険の種類	損害保険ジャパン株式会社 賠償責任保険
保険事故・金額	身体(1名) 5千万円、身体(1事故) 1億円、財物(1事故) 5千万円

◆提携する医療機関・所在地・提携内容

当施設は、もりなが内科小児科クリニックと提携しており、お子さまの急な発病や怪我を負った場合にお連れすることとしています。また、月極保育のお子さまに対しては、もりなが内科小児科クリニック・砂辺スマイル歯科の医師による年2回の定期健康診断を実施します。

- もりなが内科小児科クリニック (北谷町美浜2-7-4)
- 砂辺スマイル歯科 (北谷町宮城1-105)

◆当保育施設の保育内容等に関する問い合わせ、苦情等の受付先は下記のとおりです。

(担当者氏名) 高橋由香 (担当者連絡先) 098-989-9110

(受付時間) 午前8:00～午後5:00

施設の概要

施設の名称: 学校法人Hope International Academy Okinawa Seaside Preschool
所在地: 北谷町宮城1-5 1
設置者氏名: 学校法人Hope International Academy Okinawa Seaside Preschool
住所: 北谷町宮城1-5 1
管理者氏名: 高橋由香

当施設は児童福祉法第35条の認可を受けていない保育施設(認可外保育所施設)として同法第59条の2に基づき北谷町への施設届け出を義務付けられた施設です。

設置届出先: 沖縄県(子育て支援課) TEL 098-866-2457

Preschool Agreement

Date(yy/mm/dd)

Parents/Guardian: _____

Signature: _____

Hope International Academy Preschool

Representative Director Toyokazu Uehara

Hope International Academy Preschool provides childcare services with the following contents.

◇ Childcare content and fees

Child name	D.O.B (yy/mm/dd)	Age: y m
Contract type	Monthly	
Contract term	(yy/mm/dd) ~	
Open hour	Monday to Friday AM8:00-PM5:00 Extended Care PM5:00-PM6:00	
Price	Monthly Childcare fee 55,000yen/month Insurance 200yen/year Lunch 5,500yen/month Late Fees 500yen/30mins Material 33,000yen/year (Other charges such as uniforms be collected according to usage.)	

※ For details on childcare, please refer to the attached "Admission Guide".

◇ Insurance type / insurance accident / insurance amount

Hope International Academy Preschool is enrolled in the insurance programs below.

Insurance type / insurance accident	Songai Sonpo Japan Co., Ltd Liability Insurance / Accident Insurance
Insurance amount	50 million yen/ per person 100 million yen/ per accident 50 million/property damage

※For details, please see the attached "Admission Information".

◇ Affiliated medical institution / location / alliance details

Hope International Academy Preschool is affiliated with Morinaga Internal Medicine Clinic. If a child suddenly becomes ill or injured, we will take the child to the clinic.

We conduct health check-up twice a year by the doctors at Morinaga Internal Medicine Clinic and Sunabe Smile Dental clinic.

Medical institution: Morinaga Internal Medicine Clinic

Location: 2-7-4 Mihama, Chatan-town

Medical institution: Sunabe Smile Dental Clinic

Location: 1-105, Miyagi, Chatan town

◇ The contact points for inquiries and complaints regarding the contents of childcare at Hope International Academy Preschool are as follows.

(Name of person in charge) Yuka Takahashi (Contact information) 098-989-9110

(Reception time) AM8 : 00 ~ PM5 : 00

○Facility name : Hope International Academy Preschool

Location : 1 - 51 Miyagi, Chatan-town

○Establisher : Hope International Academy Address : 1 - 51 Miyagi, Chatan-town

○Administrator : Yuka Takahashi Address : 1 - 51 Miyagi, Chatan-town

* This facility is a childcare facility that has not been approved under Article 35 of the Child Welfare Act (non-approved childcare facility)として

It is a facility that is obliged to report the facility to Chatan Town based on Article 59-2 of the same law.

: Okinawa Prefecture (Child-rearing Support Division) TEL 098-866-2457

保育利用にあたって

年 月 日

契約者 _____ 様 印

学校法人Hope International Academy Preschool
理事長 上原 豊和 印

当保育施設は、以下の内容で保育サービスを提供いたします。

◆保育内容・料金

利用児童	(年 月 日生 歳 ヶ月)
利用形態	月極保育
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
利用時間	月～金曜日 8:00～17:00 延長保育17:00～18:00
料金	○保育料 55.000円/月 ○ランチ代 5.500円/月 ○教材費 33.000円/年 ○保険料 200円/年 (その他ユニフォーム代などの料金は利用に応じて徴収いたします。) ※やむを得ない場合のみ時間外対応いたします。(500円/30分)

当施設では、以下のとおり保険に加入しています。

◆利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

保険会社名・保険の種類	損害保険ジャパン株式会社 賠償責任保険
保険事故・金額	身体(1名)5千万円、身体(1事故)1億円、財物(1事故)5千万円

◆提携する医療機関・所在地・提携内容

当施設は、もりなが内科小児科クリニックと提携しており、お子さまの急な発病や怪我を負った場合にお連れすることとしています。また、月極保育のお子さまに対しては、もりなが内科小児科クリニック・砂辺スマイル歯科の医師による年2回の定期健康診断を実施します。

- もりなが内科小児科クリニック (北谷町美浜2-7-4)
- 砂辺スマイル歯科 (北谷町宮城1-105)

◆当保育施設の保育内容等に関する問い合わせ、苦情等の受付先は下記のとおりです。

(担当者氏名) 高橋由香 (担当者連絡先) 098-989-9110

(受付時間) 午前8:00～午後5:00

施設の概要

施設の名称: 学校法人Hope International Academy Okinawa Seaside Preschool
所在地: 北谷町宮城1-5 1
設置者氏名: 学校法人Hope International Academy Okinawa Seaside Preschool
住所: 北谷町宮城1-5 1
管理者氏名: 高橋由香

当施設は児童福祉法第35条の認可を受けていない保育施設(認可外保育所施設)として同法第59条の2に基づき北谷町への施設届け出を義務付けられた施設です。

設置届出先: 沖縄県(子育て支援課) TEL 098-866-2457

Preschool Agreement

Date(yy/mm/dd)

Parents/Guardian: _____

Signature: _____

Hope International Academy Preschool

Representative Director Toyokazu Uehara

Hope International Academy Preschool provides childcare services with the following contents.

◇ Childcare content and fees

Child name	D.O.B (yy/mm/dd)	Age: y m
Contract type	Monthly	
Contract term	(yy/mm/dd) ~	
Open hour	Monday to Friday AM8:00-PM5:00 Extended Care PM5:00-PM6:00	
Price	Monthly Childcare fee 55,000yen/month Insurance 200yen/year Lunch 5,500yen/month Late Fees 500yen/30mins Material 33,000yen/year (Other charges such as uniforms be collected according to usage.)	

※ For details on childcare, please refer to the attached "Admission Guide".

◇ Insurance type / insurance accident / insurance amount

Hope International Academy Preschool is enrolled in the insurance programs below.

Insurance type / insurance accident	Songai Sonpo Japan Co., Ltd	Liability Insurance / Accident Insurance
Insurance amount	50 million yen/ per person 100 million yen/ per accident 50 million/property damage	

※For details, please see the attached "Admission Information".

◇ Affiliated medical institution / location / alliance details

Hope International Academy Preschool is affiliated with Morinaga Internal Medicine Clinic. If a child suddenly becomes ill or injured, we will take the child to the clinic.

We conduct health check-up twice a year by the doctors at Morinaga Internal Medicine Clinic and Sunabe Smile Dental clinic.

Medical institution: Morinaga Internal Medicine Clinic

Location: 2-7-4 Mihama, Chatan-town

Medical institution: Sunabe Smile Dental Clinic

Location: 1-105, Miyagi, Chatan town

◇ The contact points for inquiries and complaints regarding the contents of childcare at Hope International Academy Preschool are as follows.

(Name of person in charge) Yuka Takahashi (Contact information) 098-989-9110

(Reception time) AM 8 : 0 0 ~ PM 5 : 0 0

○Facility name : Hope International Academy Preschool

Location : 1 - 5 1 Miyagi, Chatan-town

○Establisher : Hope International Academy Address : 1 - 5 1 Miyagi, Chatan-town

○Administrator : Yuka Takahashi Address : 1 - 5 1 Miyagi, Chatan-town

* This facility is a childcare facility that has not been approved under Article 35 of the Child Welfare Act (non-approved childcare facility)として

It is a facility that is obliged to report the facility to Chatan Town based on Article 59-2 of the same law.

: Okinawa Prefecture (Child-rearing Support Division) TEL 098-866-2457

契 約 書

1. お子様が伝染病・ひどい風邪などの病気の疑いがある場合、また熱のある時はお預かり出来ません。
2. お子様が病気など異常のある場合は、原則として保育はお受けできません。但し、医師の判断により快方に向かっている場合は、同意書の提出の上ご相談に応じます。
3. 保育料は、毎月20日までに料金前納でお願い致します。（21日からの納金の際には、1日1000円の滞納料金が加算されます。）
4. 月保育の途中解約は、保育料の返金を致しません。
5. 保育料を滞納された時、または規約（入園案内内容）を守らない時は、退園して頂く場合があります。
6. 学校ハンドブック（2023-24 School Handbook – www.hopeoki.org/admissions）に記載する保育園にて定める、危機管理・安全規定・台風規定を読んでいただき、ご理解、同意の上、御署名ください。これらを守られない時は、退園していただく場合があります。
7. アレルギーや、身体疾患がある場合は、学校や先生との情報の共有をお願いします。
8. 傷害保険に加入していますが、心臓病等の持病がある場合は、責任を負いかねます。
9. 障害を被った場合、当社加入の保険会社規定の範囲内で補償致します。
10. 保育園側保育書類として、保育記録とみなした場合（お便り帳等を含む）5年間の保管が必要となり返却ができない可能性があります。
11. 保育園にて定める、危機管理・安全規定・台風規定を守らない時は、退園して頂く場合があります。

上記の契約を締結致します。

契約の締結に当たり、事業者は保護者に対し、別に作成する重要事項説明書に基づき重要事項の説明を行い、保護者はその内容を了承したものとします。

令和 年 月 日

保護者住所

保護者氏名

印

保護者氏名

印

園住所

沖縄県中頭郡北谷町宮城 1 - 5 1

電話番号

0 9 8 - 9 8 9 - 9 1 1 0

園名

学校法人 Hope International Academy Preschool

代表理事

上原 豊和

Hope International Academy Preschool Policies

1. To minimize the transmission of illness, we will not be provided care for children who have been diagnosed with infectious/contagious diseases, or when their fever is higher than 99.5.
2. We are not able to accommodate children with illnesses. However, if your child is recovering, according to the physician, we will discuss the care based on their written notes.
3. Tuition must be paid by the 20th of the month prior. (A late fee of 1000yen will be charged each day from the 21st.)
4. There will be no refund on tuition when the children are withdrawn in the middle of the month.
5. Parents will be asked to withdraw their children when tuition payments are not made promptly or if the children disobey school regulations.
6. You must read, understand and then agree with our safety regulations and school handbook. You will be asked to withdraw your child if you violate these regulations (2023-24 School Handbook – www.hopeoki.org/admissions).
7. Parents will inform the school and teachers of any allergies or medical conditions.
8. Our school provides accident insurance; however, children with heart conditions are not covered under this insurance.
9. We will compensate for physical injuries that occur on the school property during school hours according to the health insurance company's guidelines.
10. For documents relating to childcare or documents that are considered records of childcare (includes otayoricho, etc) must be kept by the school for five years. These documents cannot be returned to parents or guardians depending on the case.
11. Please be aware and understand the crisis management, safety code and typhoon policy set forth in this contract, agree to abide by, and fulfill, and understand that failure to do so will result in the termination of enrollment.

I, _____, hereby acknowledge that I have completely read and fully understand the Hope International Academy Preschool Policy. By signing below, I agree to the terms and conditions.

Address of Guardian

Name of Guardian Date

Signature

Name of Guardian Date

Signature

Address : Okinawa-ken Nakagami-gun Chatan-cho Miyagi 1-51

Phone Number : 098-989-9110

Name of Preschool : Hope International Academy Preschool

Director : Toyokazu Uehara

契 約 書

1. お子様が伝染病・ひどい風邪などの病気の疑いがある場合、また熱のある時はお預かり出来ません。
2. お子様が病気など異常のある場合は、原則として保育はお受けできません。但し、医師の判断により快方に向かっている場合は、同意書の提出の上ご相談に応じます。
3. 保育料は、毎月20日までに料金前納でお願い致します。（21日からの納金の際には、1日1000円の滞納料金が加算されます。）
4. 月保育の途中解約は、保育料の返金を致しません。
5. 保育料を滞納された時、または規約（入園案内内容）を守らない時は、退園して頂く場合があります。
6. 学校ハンドブック（2023-24 School Handbook – www.hopeoki.org/admissions）に記載する保育園にて定める、危機管理・安全規定・台風規定を読んでいただき、ご理解、同意の上、御署名ください。これらを守られない時は、退園していただく場合があります。
7. アレルギーや、身体疾患がある場合は、学校や先生との情報の共有をお願いします。
8. 傷害保険に加入していますが、心臓病等の持病がある場合は、責任を負いかねます。
9. 障害を被った場合、当社加入の保険会社規定の範囲内で補償致します。
10. 保育園側保育書類として、保育記録とみなした場合（お便り帳等を含む）5年間の保管が必要となり返却ができない可能性があります。
11. 保育園にて定める、危機管理・安全規定・台風規定を守らない時は、退園して頂く場合があります。

上記の契約を締結致します。

契約の締結に当たり、事業者は保護者に対し、別に作成する重要事項説明書に基づき重要事項の説明を行い、保護者はその内容を了承したものとします。

令和 年 月 日

保護者住所

保護者氏名

印

保護者氏名

印

園住所

沖縄県中頭郡北谷町宮城 1 - 5 1

電話番号

0 9 8 - 9 8 9 - 9 1 1 0

園名

学校法人 Hope International Academy Preschool

代表理事

上原 豊和

Hope International Academy Preschool Policies

1. To minimize the transmission of illness, we will not be provided care for children who have been diagnosed with infectious/contagious diseases, or when their fever is higher than 99.5.
2. We are not able to accommodate children with illnesses. However, if your child is recovering, according to the physician, we will discuss the care based on their written notes.
3. Tuition must be paid by the 20th of the month prior. (A late fee of 1000yen will be charged each day from the 21st.)
4. There will be no refund on tuition when the children are withdrawn in the middle of the month.
5. Parents will be asked to withdraw their children when tuition payments are not made promptly or if the children disobey school regulations.
6. You must read, understand and then agree with our safety regulations and school handbook. You will be asked to withdraw your child if you violate these regulations (2023-24 School Handbook – www.hopeoki.org/admissions).
7. Parents will inform the school and teachers of any allergies or medical conditions.
8. Our school provides accident insurance; however, children with heart conditions are not covered under this insurance.
9. We will compensate for physical injuries that occur on the school property during school hours according to the health insurance company's guidelines.
10. For documents relating to childcare or documents that are considered records of childcare (includes otayoricho, etc) must be kept by the school for five years. These documents cannot be returned to parents or guardians depending on the case.
11. Please be aware and understand the crisis management, safety code and typhoon policy set forth in this contract, agree to abide by, and fulfill, and understand that failure to do so will result in the termination of enrollment.

I, _____, hereby acknowledge that I have completely read and fully understand the Hope International Academy Preschool Policy. By signing below, I agree to the terms and conditions.

Address of Guardian

Name of Guardian Date

Signature

Name of Guardian Date

Signature

Address : Okinawa-ken Nakagami-gun Chatan-cho Miyagi 1-51

Phone Number : 098-989-9110

Name of Preschool : Hope International Academy Preschool

Director : Toyokazu Uehara

園児緊急連絡票 Emergency Contact

Child's Name ふりがな 児童名		Date of Birth 生年月日	
-----------------------------	--	-----------------------	--

Address 現住所	
----------------	--

健康保険証

区分	国保・社保・共済	被保険者名	
事業名		記号・番号	

Primary Hospital/Clinic かかりつけの病院		TEL	
-------------------------------------	--	-----	--

第一連絡者 1st Emergency Contact

Name ふりがな 名前		Relationship 続柄	
--------------------	--	--------------------	--

Home phone number 電話番号		Cell-phone Number 携帯番号	
---------------------------	--	---------------------------	--

Name of Employer 勤務先名	
Address of Employer 勤務先住所	

Working hours 勤務時間		Holiday 休日	
-----------------------	--	------------	--

第二連絡者 2nd Emergency Contact

Name ふりがな 名前		Relationship 続柄	
--------------------	--	--------------------	--

Home phone number 電話番号		Cell-phone Number 携帯番号	
---------------------------	--	---------------------------	--

Name of Employer 勤務先名	
Address of Employer 勤務先住所	

Working hours 勤務時間		Holiday 休日	
-----------------------	--	------------	--

第三連絡者 3rd Emergency Contact

Name ふりがな 名前		Relationship 続柄	
Home phone number 電話番号		Cell-phone Number 携帯番号	
Name of Employer 勤務先名			
Address of Employer 勤務先住所			
Working hours 勤務時間		Holiday 休日	

送迎する方 Authorization Pic-up List

Name 名前		Phone Number 電話番号		Relationship with child(ren) 続柄	
Name 名前		Phone Number 電話番号		Relationship with child(ren) 続柄	

緊急時送迎する方 Additional Authorization Pic-up List(other than above)
(上記、送迎する以外の方をご記入ください。)

Name 名前		Phone Number 電話番号		Relationship with child(ren) 続柄	
Name 名前		Phone Number 電話番号		Relationship with child(ren) 続柄	



写真撮影承諾書

※どちらかにチェックをお願いいたします。

毎月の園だより、当園ホームページ、SNS、Instagram、記録用（コドモン）等に子どもの写真を使用することを承諾します。（上記以外の目的で使用いたしません。）

毎月の園だより、当園ホームページ、記録用（コドモン）のみに子どもの写真を使用することを承諾します。（上記以外の目的で使用いたしません。）

園児名 _____

保護者名 _____

日付 _____



Media Release Form

※Please put a check in which you give your consent.

I grant permission to Hope International Academy to use my child's image (photographs and / or video) for use in school newsletter, school website, SNS, Instagram and CODMON.
(They will not be used for any other purpose.)

I grant permission to Hope International Academy to use my child's image (photographs and / or video) for use in school newsletter, school website, and CODMON.
(They will not be used for any other purpose.)

Child's Name _____

Name of Parent / Guardian _____

Date _____

個人情報の取扱い（第三者提供）に関する同意書

Hope International Academy Preschoolは、個人情報の第三者提供について下記のとおり取り扱います。

記

Hope International Academy Preschoolは、以下の通り個人情報を第三者に提供します。

なお、保有する個人情報は適切に管理し、施設の業務運営のための利用のほか、3以外の目的には利用しません。

1. 提供される個人情報の内容
児童氏名、児童年齢（生年月日）、児童の住所、保護者氏名、保護者の住所、
利用施設名、利用施設住所
2. 個人情報の提供先
居住市区町村及び都道府県
3. 提供先における個人情報の利用目的

地方公共団体において保育に係るニーズと整備量を的確に把握するため。

私に関する個人情報を上記のとおり提供することに同意します。

年 月 日
本人署名 _____ (印)

<本人が未成年者の場合>
法定代理人署名 _____ (印) 続柄

Consent form regarding the handling of personal information

Please see below for the guidelines Hope International Academy Preschool follows regarding the release of personal information to a third party.

Guidelines on the sharing of personal information to third parties:

Please Note: Personal information will only be used for in-house school operations and will be handled with all due care and consideration. Personal information shared to a third-party will be used in accordance with the three guidelines stated below:

1. Content of personal information provided to third parties

- Child's name,
- Child's age (Date of birth)
- Child's residential address
- Name of Parent(s)/Guardian(s)
- Residential address of Parent(s)/Guardian(s)
- Name of current school facility
- Address of current school facility

2. Third party organizations that may receive personal information

- City/Town office
- Okinawa Prefectural Government

3. Purpose of use of personal information

- Personal information will be used to accurately assess individual family needs regarding childcare in local government organizations.

I agree to provide personal information about me as described above.

(yyyy/mm/dd)

Name of Parent/Guardian

Signature

Relationship to child
