

HAYAMA

international school

VISITOR AND TRIAL FORM

DESIRED CLASS

体験、見学希望クラスを選択して下さい

- PRESCHOOL PRE-KINDERGARTEN
 JUNIOR KINDERGARTEN SENIOR KINDERGARTEN

NAME OF STUDENT

生徒氏名

DATE OF BIRTH

誕生日(西暦)

NAME OF GUARDIAN

保護者氏名

HOME ADDRESS

住所

PHONE NUMBER

電話番号

CELL PHONE NUMBER

携帯番号

E-MAIL ADDRESS

E-mail アドレス

DESIRED DATE OF TRIAL OR VISIT

体験または見学希望日

HOW DID YOU HEAR ABOUT US

どこで本校をお知りになりましたか？

ENGLISH LEVEL

英語教育のご経験？

ADDITIONAL INFORMATION

他に何か必要事項が御座いましたらご記入下さい。

| DATE | GUIDE |
|------|-------|
| | |