

**APPLICATION FORM AND ENROLMENT AGREEMENT FOR AN INTERNATIONAL STUDENT  
ENROLLING FOR LESS THAN THREE MONTHS OR AS PART OF AN ORGANISED GROUP**

**3ヶ月未満、または団体留学の一員としての留学生のための申込書及び入学同意書**

**Application Form**

**申込書**

<b>Student Details</b> (Name must be as it appears on your passport)		<b>生徒</b> (氏名はパスポートの記載と同一であること)	
Family name:		氏	
First name:	名	Date of birth:	生年月日
Preferred name:	希望する呼び名	Gender:	性別
		<input type="checkbox"/> Female / 女性 <input type="checkbox"/> Male / 男性	
Address: (In home country)			
(自国での)住所			
First language:	第一言語	Country of citizenship:	国籍
Passport number:	旅券番号	Expiry date:	有効期限

<b>Fathers Details</b>		<b>父親</b>	
Family name:		氏	
Date of birth:		生年月日	
First name:		名	
Street Address:			
住所			
Home phone:	自宅電話	Mobile:	携帯電話:
Email:	Eメール		
First language:	第一言語	Country of citizenship:	国籍
Passport number:	旅券番号	Expiry date:	有効期限

Mothers Details			母親		
Family name:	氏	Date of birth:	生年月日		
First name:	名				
Address: (If different from fathers)					
住所: (父親と異なる場合)					
Home phone:	自宅電話	Mobile:	携帯電話	Email:	Eメール
First language:	第一言語	Country of citizenship:	国籍		
Passport number:	旅券番号	Expiry date:	有効期限		

Medical Information		健康状態		
Name of doctor (in home country):	(自国での) 医師の氏名			
Phone number of doctor:	医師の電話番号			
<b>Does the student have any history of previous illness that may affect their enrolment, including mental illness?</b>				
生徒には入学に影響を及ぼす可能性のある既往症がありますか。(精神疾患を含む)				
<input type="checkbox"/> Yes / はい <input type="checkbox"/> No / いいえ				
If 'Yes' please provide details/ はいと答えた場合は具体的な内容:				
<b>Please tick the appropriate box if you suffer from or have suffered from any of the following medical conditions:</b>				
以下の疾患に現在または過去に罹っている場合は X 印をつけてください。				
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Back/Neck problems	<input type="checkbox"/> Glandular Fever	<input type="checkbox"/> Allergy to bee/wasp stings	<input type="checkbox"/> Migraines
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 腰・背中・首の疾患	<input type="checkbox"/> 腺熱	<input type="checkbox"/> 蜜蜂・雀蜂毒アレルギー	<input type="checkbox"/> 偏頭痛

Please tick the appropriate box if you suffer from or have suffered from any of the following medical conditions (continued):

以下の疾患に現在または過去に罹っている場合は X 印をつけてください。

<input type="checkbox"/> HIV or Aids	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B or C	<input type="checkbox"/> Epilepsy
<input type="checkbox"/> HIV またはエイズ	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> A型・B型・C型肝炎	<input type="checkbox"/> てんかん
<input type="checkbox"/> Heart Condition	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> ADD or ADHD	<input type="checkbox"/> Allergies
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 注意力欠如障害または 注意欠陥過活動性障害	<input type="checkbox"/> アレルギー
<input type="checkbox"/> Food Allergies	<input type="checkbox"/> Eating Disorder	<input type="checkbox"/> Depression/Anxiety	
<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 摂食障害	<input type="checkbox"/> うつ病・不安神経症	
<input type="checkbox"/> Other (please provide details) / その他(具体的に)			

Do you have any medical implants (such as metal implants) that may affect you receiving medical treatment while in New Zealand?

ニュージーランド滞在中に医療を受けるに際して影響があるかもしれない医学的インプラント(例えば金属インプラント)がありますか。

Yes / はい       No / いいえ

If 'Yes' please provide details / はいと答えた場合は具体的な内容:

Are you currently on any medication?

現在何らかの医薬品を使用していますか。

Yes / はい       No / いいえ

If 'Yes' please provide details / はいと答えた場合は具体的な内容:

Please note: If you suffer from conditions requiring medication, it is advisable to bring your own medication to NZ. You will be required to notify the school regarding any medications that you bring with you.

注意: 服薬治療を必要とする病気がある場合は、ニュージーランドに自分の薬を持参することが望ましいです。持参するすべての医薬品について学校に知らせることが求められます。

Is there anything further that the school needs to be aware of that may impact the students enrolment as a group student at the school?

学校に団体留学生として入学することに影響する可能性のある、学校が知っておく必要のあることは他に何かありますか。

Yes / はい       No / いいえ

If 'Yes' please provide details / はいと答えた場合は具体的な内容:

Learning Information	学習についての情報
Does the student have any learning or behavioural difficulties requiring extra school support or services?	
生徒は学校の特別な援助やサービスを必要とするような学習または行動上の困難がありますか。	
<input type="checkbox"/> Yes / はい <input type="checkbox"/> No / いいえ	
If 'Yes' please provide details / はいと答えた場合は具体的な内容:	

Accommodation Requirements	宿泊施設に関する要求
Please state your accommodation choice:	<input type="checkbox"/> Homestay <input type="checkbox"/> Live with parent <input type="checkbox"/> Temporary Accommodation <input type="checkbox"/> Hostel
希望する宿泊施設に印をつけてください。	<input type="checkbox"/> ホームステイ <input type="checkbox"/> 親と同居 <input type="checkbox"/> 一時的な宿泊施設 <input type="checkbox"/> ホステル
Interests:	<input type="checkbox"/> Music <input type="checkbox"/> Movies/TV <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Outdoor Activities <input type="checkbox"/> Water Sports <input type="checkbox"/> Travel
趣味・関心事:	<input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> 映画/テレビ鑑賞 <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> 野外活動 <input type="checkbox"/> ウォータースポーツ <input type="checkbox"/> 旅行
Other interests:	その他の趣味・関心

Insurance Details	保険の内容
Do you wish to purchase insurance through the school?	<input type="checkbox"/> Yes / はい <input type="checkbox"/> No / いいえ
学校を通して保険の購入を希望しますか。	
If you are providing your own insurance, please provide an English copy of the policy details with this application form.	
自分の保険を使う場合は、この申込書に契約書の英文コピーを添付してください。	

## AGREEMENT 同意事項

This is an agreement between the Parent/s, the Student and the New Zealand School (the Agreement).

以下、親、生徒及び学校間で締結される同意事項となります。(同意書)

New Zealand School Name: \_\_\_\_\_ (the **School**)

学校名: \_\_\_\_\_

Student's Name: \_\_\_\_\_ (the **Student**)

生徒名: \_\_\_\_\_

Mother's Name: \_\_\_\_\_

母親名: \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_ (together the **Parents**, each a **Parent**)

父親名: \_\_\_\_\_

1. The School shall provide a short term education experience (Enrolment) to the Student commencing on \_\_\_\_\_ and ending on \_\_\_\_\_. Education during Enrolment will be provided in accordance with the policies of the School, the Education (Pastoral Care of International Students) Code of Practice 2016 (the Code), the Education Act 1989 (the Act) and any other applicable laws of New Zealand.

学校は、 年 月 日に始まり 年 月 日に終了する短期の留学(以下留学)を生徒に提供する。留学は学校の規定、教育規約(留学生パストラルケア)2016年(以下教育規約)、教育法1989年(以下教育法)、及び適用されるニュージーランドのその他の法律に従って提供される。

2. The Parent/s and the Student agree, that unless otherwise agreed in writing, the School is not responsible for the care and welfare of the Student during tourist or other activities that are not organised by the School and occur before Enrolment commences or after Enrolment ends.

書面による別段の合意がない限り、親及び生徒は、学校で企画されたものではないツアーや活動中の生徒の世話/保護、入学前後における生徒の世話/保護に対して、学校側は一切の責任を負わないことに同意する。

3. The Parent/s and the Student will comply at all times with the School policies, the Code and the Act and the Parents will work with the school to ensure such compliance.

親及び生徒は、学校の規定、教育規約、教育法に常に従い、親は学校と協力してこれらが確実に遵守されるようにする。

4. The Student agrees to comply with School policies, rules and expectations while placed with a host family or other approved accommodation provided by the School.

生徒はホストファミリーや学校が提供するその他の認定された宿泊施設に滞在する間、学校の規定、規則、期待される行動規範に従う。

5. The Parent/s and the Student agree that this Agreement is conditional at all times on the Student having accommodation in New Zealand which complies with the Code. If this condition is unable to remain fulfilled, then this agreement will be at an end.

親と生徒は、この同意書が、教育規約に準拠するニュージーランドの宿泊施設に滞在することが条件であることに同意する。この条件が満たされなくなった場合は、この同意書は終了する。

6. This Agreement may be terminated by the School in accordance with the provisions of the Education Act 1989.

この同意書は教育法1989年の定めに従って、学校が終了することがある。

7. Photographs and video of the Student may be used for the Student's records and in any publicity material for the School.

生徒の写真や映像は生徒の記録や学校の各種広報資料に使用されることがある。

8. The Parent/s and the Student, who have signed this Agreement, irrevocably appoint and authorise the Principal of the School (or such other person as may be appointed by the School) to provide consents that may be necessary to be given on the Student's behalf in the event of a medical emergency where it is not reasonably practicable to contact the Parents.

親と生徒は、この同意書に署名することにより、親に連絡をとることが実際上妥当でない医学上の非常事態が生じた場合、生徒に代わり取り消し不能の形で学校長(または学校の任命するその他の者)を任命して必要な処置に同意する権限を与えることになる。

9. In the event this Agreement is terminated, the School's refund policy will apply.

この同意書が終了された場合は、学校の返金規定が適用される。

10. This Agreement may be executed in one or more counterparts, each of which when so executed and all of which together shall constitute one and the same Agreement. Delivery of executed counterparts may be delivered by email or facsimile transmission.

この同意書は一文書または複数の同一文書で締結され、それぞれが全体として一つの、同一の同意書を構成する。締結された複数の文書はEメールまたはファックスによって送付されることがある。

## HANDOVER CONFIRMATION 引き継ぎ承認事項

The Parent/s confirm that after Enrolment:

入学後、親は以下の事項を承認します:

- The Student will be in the care of a properly supervised group. The group is organised by: \_\_\_\_\_ .

- 生徒は適格なグループの監督下でケアされます。 グループ企画者: \_\_\_\_\_ .

The supervisor of the group is: \_\_\_\_\_

The contact phone number for the supervisor while in New Zealand is: \_\_\_\_\_

グループ監督者: \_\_\_\_\_

監督者のニュージーランド国内での連絡先: \_\_\_\_\_

**OR** または

- The Student will return to their home country on: Date: \_\_\_\_\_ Airline: \_\_\_\_\_

Flight Number: \_\_\_\_\_ and all arrangements for their departure have been provided to the School

- 生徒の帰国に関して: 日付: \_\_\_\_\_ 航空会社: \_\_\_\_\_

便名: \_\_\_\_\_ 出国に関する全手配を学校側へ提供済み

**OR** または

- Other arrangements have been made and written confirmation of the arrangements have been provided to the School.

- その他の手配確認、書面による承認を学校側へ提供済み

## EXECUTION

### 契約の締結

#### Parent/s

##### 親

By signing below, the Parent/s confirm that to the best of their knowledge, all information provided in the Application Form, including information provided in any supporting documents, is true and correct and that they have read the Agreement and agree to be bound by it in all respects:

以下に署名することにより、親は知る限りにおいて申込書に記載された全ての内容及、付随する文書に記載された内容も含め、真実であり正確であること、また同意書を読んだこと、すべての点においてこれに制約を受けることに同意することを承認したことになります。

Name(s):		
氏名		
Signature(s):		
署名		
Date:		
日付		

#### School

##### 学校

By signing below, the authorised signatory of the School confirms that they are authorised to sign on behalf of the School and confirms that the School will be bound by the Agreement in all respects:

以下に署名することにより、学校に許可を得た署名者は、学校を代表して署名する権限を与えられていること、また学校がすべての点において同意書に制約されることを承認したことになります。

Name:		Signature:	
氏名		署名	
Date:			
日付			

#### Student

##### 生徒

By signing below, the Student confirms he/she has read and understood the Agreement and agrees to abide by it in all respects:

以下に署名することにより、生徒は同意書を読んで理解したこと、すべての点においてこれを守ることに同意したことを承認したことになります。

Name:		Signature:	
氏名		署名	
Date:			
日付			