

☆来校者 アンケート (記入日：平成 年 月 日)

<受講希望者>

氏名 (ふりがな) 性別：男の子・女の子

生年月日：平成 年 月 日 (満 歳)
(西暦 年)

学校名： () 保育園・幼稚園・小学校・中学校

学年：年少・年中・年長 / (年生)

アレルギーの有無：有 () ・無

その他、知っておいてほしい病気など：

()

これまでの英語経験と期間 (習い事、海外居住経験など)

・ (期間：)

・ (期間：)

他の習い事

・ (日時：) ・ (日時：)

・ (日時：) ・ (日時：)

<保護者>

氏名 (ふりがな)：

住所：

TEL：

勤務先：

緊急連絡先：

SKYHIGHを知ったきっかけ：チラシ・看板・紹介 (紹介者名：)

その他 ()