

# Hawaii Seminar Kokusai Gakuin Medical Form

(ハワイゼミナール国際学院への医療書式)



① I authorize HAWAII SEMINAR KOKUSAI GAKUIN to take my child (children) to a physician/hospital chosen by HAWAII SEMINAR KOKUSAI GAKUIN in its discretion when none of us can be reached.

私の子供が病気や怪我をした時に私達（父兄）に連絡が取れない場合は、ハワイゼミナール国際学院が選択した医療機関へ治療のため子供を連れて行く事を私は、許可します。

② In case of Emergency, and we cannot be contacted, Please Call:

緊急時 私達に連絡が取れない場合は、下記の方に連絡をしてください。

Name: 名前 Relationship to child: 子供との関係 Phone Number: 電話番号 ( )

Name: 名前 Relationship to child: 子供との関係 Phone Number: 電話番号 ( )

③ Medical Insurance: 健康医療保険

Name of Insurance: 加入保険会社名 Insurance Number: 保険証書番号 #

Family Physician's Name: ファミリー・ドクターの名前 Phone Number: 電話番号 ( )

④ I agree to inform HAWAII SEMINAR KOKUSAI GAKUIN in writing of any special medical instructions regarding my child. I understand that HAWAII SEMINAR KOKUSAI GAKUIN is not responsible for conditions if it is not made aware of in writing.

子供の健康状態に関して特別な医療を受ける必要があれば必ずハワイゼミナール国際学院に文書で報告します。もし私が文書で報告しなかった場合、ハワイゼミナール国際学院には責任がない事を理解します。

⑤ Special Medical Conditions: (allergies, special diet, medication, etc.)

特別に気をつけなければいけない医療・健康状態 (アレルギー、特別食事医療、処方箋等)

I HEREBY AFFIRM THE ABOVE STATEMENT TO BE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I CERTIFY TO HAWAII SEMINAR KOKUSAI GAKUIN THAT I HAVE THE AUTHORIZATION TO SIGN THIS MEDICAL FORM.

上記事項は、全て正確な情報であると確約・理解をしましたので私は、ここにハワイゼミナール国際学院へ委任し医療書式にサインします。

Signature of Father/Guardian: 父親/保護者の署名: Date: 年月日

Signature of Mother/Guardian: 母親/保護者の署名: Date: 年月日