



<見本>



Dubai Healthcare Corporation

Public Health Protection Department - School Health Section

Student Health File

Student Personal Information

Student Full Name	生徒氏名		
Nationality	国籍	Student ID	空欄のままで結構です
Gender:	☐ Male ☐ Female	HASANA ID	空欄のままで結構です
Date of Birth	日 / 月 / 年	Emirates ID	エミレーツIDカード番号
KHDA ID	空欄のままで結構です	Passport No.	パスポートナンバー

Parents/Guardians Information

お父様お母さまともドバイにいらっしゃる場合は両名ともご記入下さい。

	Father	Mother	Guardian
Name お名前			
Date of Birth 生年月日	日/月/年		
Nationality 国籍			
Emirates ID エミレーツIDカード番号			
Occupation ご職業			
Educational level 例)	大学卒 bachelor /大学院卒 master など。（特にご記入いただかなくても結構です）		
Contact Number 携帯番号			
Email ID Eメールアドレス			

Significant Information

こちらはご記入不要です。

Allergy		In case of Emergency (ICE)	
		Name	
Others		Relationship	
		Mobile Number	