

JAPANISCHE SCHULE IN ZÜRICH

jszurich@bluewin.ch TEL (044) 941-1554

体験入学申込書

チューリッヒ日本人学校長 様

下記の者の体験入学を希望しますので、許可されますようお願いいたします。

(フリガナ) 児童・生徒氏名	性別	生 年 月 日 (和暦・西暦とも)	年 齢	希望学年 (小・中いずれかに○印を) 期間 (登校日数)
() _____	男 ・ 女	平成 () 年 西暦 () 年 ____月____日生	歳	(小・中) 学部 第_____学年 ----- 月 日 () ~ 月 日 () (体験日数: _____日間)
() _____	男 ・ 女	平成 () 年 西暦 () 年 ____月____日生	歳	(小・中) 学部 第_____学年 ----- 月 日 () ~ 月 日 () (体験日数: _____日間)
() _____	男 ・ 女	平成 () 年 西暦 () 年 ____月____日生	歳	(小・中) 学部 第_____学年 ----- 月 日 () ~ 月 日 () (体験日数: _____日間)

年 月 日

(ふりがな)
保護者氏名 _____

Name _____

(郵便物発送の都合上、ドイツ語でも表記して下さい。)

保護者住所

電話番号 (連絡先)

E-mail

保護者サイン _____

※体験入学を希望される日の 10日前までに必ずご提出下さい。