

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・生徒名	性別	生年月日 (年齢)	アレルギー ※ 詳細にご記入ください	希望学年 (小・中いずれかに○印を)
				期間 (体験日数)
() _____	男 ・ 女	西暦 () 年 ____月____日生 ____ 歳	(有 ・ 無)	(小・中) 学部 第_____学年 月 日 () ~ 月 日 () (体験日数: _____日間)
() _____	男 ・ 女	西暦 () 年 ____月____日生 ____ 歳	(有 ・ 無)	(小・中) 学部 第_____学年 月 日 () ~ 月 日 () (体験日数: _____日間)

(ふりがな)

保護者氏名: _____ アルファベット表記: _____

保護者住所: _____

電話番号 (連絡先): _____

E-mail: _____

年 月 日 保護者署名

※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。