

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: _____

現在通学している学校があれば学校名と連絡先 (電話番号、メールアドレス等)

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。