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。**