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。**