ロッテルダム日本人学校の体験授業　申し込み用紙

児童・生徒氏名（ふりがな）		在オランダ歴	年		
生年月日	年　月　日	年齢	歳	性別	男 or 女
保護者氏名					
住所					
電話番号		携帯電話番号			
緊急連絡先(携帯電話等)					
e－mail アドレス					
ホームドクターの連絡先	医師名：　　電話番号：				
希望する日時 ① or ② or ③ いずれかにご記入願います。	① 1日：　月　日(　) ② 期間：　月　日(　) ～　月　日(　) ③ 数日：　月　日(　)，　月　日(　)，　月　日(　) 月　日(　)，　月　日(　)，　月　日(　)				
通学方法 ①　or　② いずれかにチェック願います。	□ ①保護者同伴(自主通) 座席に空きが有る場合のみの利用 ②スクールバス利用：□ロッテバス □ティルバス □ハーグバス ※希望する場合、空席確認を事務にお問い合せください。				
日本語の習熟度 いずれかにチェック願います。	□ 不得意　□ 普通　□ 得意				
現在通学中の学校名					
健康などの配慮事項					

※メールでも FAX でも可。メールアドレス：jsrotte@wxs.nl　TEL：010-422-1211　FAX：010-422-2631