

ECOLE DE LANGUE JAPONAISE DE PARIS / パリ日本語補習校

A.J.F. / 在仏日本人会 9 Av. Marceau 75116 Paris Tel.01.47.23.33.58

日本人会「パリ日本語補習校」2024-2025 年度申込書

年間一括払い 学期毎払い 支払い遅れ割増料金 途中入学

1・2・3 学期(○で囲む)

\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 より

生徒① 氏名 日本字:	ローマ字:
生年月日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新規 (該当する□に×印を記して下さい)	
希望クラス ( )曜日 ( )クラス	: ~ :
所属学校 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> インターナショナル 学校名	
生徒② 氏名 日本字:	ローマ字:
生年月日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新規 (該当する□に×印を記して下さい)	
希望クラス ( )曜日 ( )クラス	: ~ :
所属学校 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> インターナショナル 学校名	
生徒③ 氏名 日本字:	ローマ字:
生年月日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新規 (該当する□に×印を記して下さい)	
希望クラス ( )曜日 ( )クラス	: ~ :
所属学校 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> インターナショナル 学校名	
保護者氏名 日本字:	ローマ字:
日本人会会員番号(もしくは会員法人名)	
住所	
電話☎ 携帯:	自宅:
職場:(差し支えなければ) 会社・団体名:	
電話☎	
メールアドレス:	
社会保険番号 SECURITE SOCIALE 番号:	
Assurance scolaire-extrascolaire 保険会社名:	
保険証書番号:	
任意事項: 生徒の担当医 氏名:	電話:

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

- ☆ 日本人会「パリ日本語補習校」への登録は日本人会会員(個人会員は年会費 55€)に限ります。
- ☆ この申込書に授業料の小切手(会員申込とは別に)を添えて、日本人会に持参、または郵送してください。
- ☆ パリ日本語補習校からのお知らせは、ホームページ <http://parisnihongohoshuko.com> に掲載します。
- ☆ 日本人会からのお知らせは、ホームページ <https://zaifutsunihonjinkai.fr> に掲載します。

事務処理欄: 支払い日 \_\_\_\_\_