

令和 年 月 日

ブラッセル日本人学校補習校
学 校 長 殿

保護者氏名 _____
住 所 _____
電 話 _____
ア ド レ ス _____

ブラッセル日本人学校補習校体験入学・見学願い

この度、ブラッセル日本人学校に体験入学・見学を希望いたしたく、許可を
くださいますようお願いいたします。

(ふりがな)

1. 児童・生徒名 _____

生年月日 (年齢) 西暦 年 月 日 生まれ (才)

2. 現地在籍校名 _____

3. 学 年 小 ・ 中 年

4. 体験入学・見学希望日時 令和 年 月 日

5. 希 望 時 間

(体験希望時間に○をして下さい。お時間があれば4時間すべて体験されることを
おすすめいたします。)

() 1校時 9 : 1 0 ~ 9 : 5 5

() 2校時 1 0 : 0 0 ~ 1 0 : 4 5

() 3校時 1 1 : 0 5 ~ 1 1 : 5 0

() 4校時 1 1 : 5 5 ~ 1 2 : 4 0