

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」2025-2026 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 60€)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 _____