

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 _____