

年度オリニ土曜学校

民団大田支部

受講申請書

写真

児童名	한글		生年月日	年 月 日	性別
	フリガナ		年齢	歳	男・女
	漢字		国籍		
学校名				学年	年生
保護者名	フリガナ		関係		
	漢字				
住所	〒			電話	
				携帯	父:
					母:
E-mail	@				
※韓国語能力評価(児童)該当事項に○印をつけてください。					
1、話す・聞く			2、読み・書き		
①全くできない ()		①全くできない ()			
②聞けば理解はできる ()		②やさしい字は読める ()			
③会話ができる ()		③読み書きができる ()			

オリニ土曜学校(民団大田)の受講を申請いたします。

年 月 日

申請人(保護者)氏名

受付日		受付番号	
備考			
(保護者の所属民団支部:)			

〒144-0054 東京都大田区新蒲田1-7-15

民団東京大田支部

電話 (03) 3736-7061 FAX (03) 3736-7062