

# 入 级 申 请 书

(家长用)

致 静冈市教育委员会

学生名: \_\_\_\_\_

学校名: \_\_\_\_\_ 学校

学 年 . 组 \_\_\_\_\_ 年 组

性 别 \_\_\_\_\_ 男 . 女 \_\_\_\_\_

以上学生申请静冈市日语指导中心的入级

希望接受的指导 (请在该编号上划○)

1 适应咨询 ( ) 语) ※每年 3 次

2 日语指导

\*请划○选择指导方式

通级指导

·

访问指导

※每周一次 2 小时的通级

※每年 10 次左右

家长地址: \_\_\_\_\_

家长姓名: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_