

## 体験入学承認願

年 月 日

ブダペスト日本人学校長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(申請者)

下記の者を \_\_\_\_\_ 年 月 日より \_\_\_\_\_ 年 月 日までの \_\_\_\_\_  
日間を体験入学者として承認していただきたくお願いします。  
なお、期間中は学校の規則を守り、その間の一切の責任は保護者で負い、貴  
校にはご迷惑をおかけしないことを誓約いたします。

### 記

児童生徒氏名 <sup>ふりがな</sup> \_\_\_\_\_

学年 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 (自宅) \_\_\_\_\_ (勤務先) \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

※体験入学は休業日を除き、連続5日間、年度内1回とする。

※費用は1回(5日間) 10,000 HUFとする。