2024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)該当事項に〇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