

申 込 書

お名前	ふりがな	漢字	性別	生年月日	学校または幼稚園名
					小学校(幼稚園) 年
住所	〒				
保護者	氏名	ふりがな	関係	国籍	連絡先(携帯番号)

韓国語学習経験	あり・ない	☐どっちらかに○をつけてください
---------	-------	------------------

※申込先:オリニ土曜学校 事務局 Tel:075-781-8281/Fax:781-8286