

# 復学願

提出日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ニューヨーク日本人教育審議会  
ニュージャージー補習授業校 校長 殿

下記の通り、復学について許可いただきますようお願いいたします。

No.( \_\_\_\_\_ )

復学者 ID #	_____	男 女	幼児部 初等部 中等部 高等部 国際学級 学年_____組_____	
復学者氏名	_____			
保護者氏名	_____			電話 (自宅) ( ) —
最終出席日	_____年____月____日	復学希望日	_____年____月____日	
復学理由	_____			
現住所	_____ State _____ Zip _____			

## 備考

1. 復学願は、復学希望日の1週間前までに事務所に届くようご提出ください。
2. Email での送り先: [njws@jwsnj.org](mailto:njws@jwsnj.org)
3. 郵送での送り先: The Japanese Weekend School of New Jersey Tel : 201-585-0555  
Two Executive Drive, Suite 280, Fort Lee, NJ 07024 Fax : 201-585-1981

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

復学を許可します。

\_\_\_\_\_

ニューヨーク日本人教育審議会  
ニュージャージー補習授業校 校長