

本欄記入不要	【整理番号】	【申込日】	【入会日】	【退会日】
--------	--------	-------	-------	-------

正会員登録票

様式 4-A

【記入日付】 年 月 日

正会員 大学児童・生徒の保護者	保護者①氏名 (※1)	フリガナ		
		漢字	□ 父 □ 母 □ その他	
		()		
		アルファベット表記		
	保護者の方の日本の教員資格及び日本語指導経験(教員資格問わない)、医療資格(医師・看護師)、その他の資格、特技(書道、けん玉、かるた等)等本欄に記入をお願い致します(業務負担としてボランティアをお願いすることがあります)。			
	保護者②氏名	フリガナ		
		漢字	□ 父 □ 母 □ その他	
	()			
	アルファベット表記			
保護者の方の日本の教員資格及び日本語指導経験(教員資格問わない)、医療資格(医師・看護師)、その他の資格、特技(書道、けん玉、かるた等)等本欄に記入をお願い致します(業務負担としてのボランティアをお願いすることがあります)。				
住所(郵送先)				
連絡先	① 自宅電話番号			
	② 携帯番号	保護者①		
		保護者②		
③ 緊急時連絡先 (※2)	フリガナ 氏名			
	電話番号			
メールアドレス				
会員名簿登載		会員名簿(※3)に「保護者氏名」「児童生徒氏名」「連絡先(□自宅電話番号 □携帯番号 □メールアドレス)」を記入することについて <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		

※1 保護者①氏名には日本語での連絡に対応でき、主として補習校に来校し業務負担としてのボランティアに参加できる方をご記入下さい。

※2 保護者①②以外で、緊急時に連絡の取れる方・電話番号をご記入下さい。

※3 会員名簿とは、補習校在籍会員全員に配布される名簿です。

家庭責任保険(賠償義務保険)又は事故保険への加入	<input type="checkbox"/> 加入している	<input type="checkbox"/> 加入していない
--------------------------	---------------------------------	----------------------------------

【重要】児童・生徒が、対人・対物事故の加害者となった場合、ドイツの法律に基づき保護者が責任を負います。当校の授業中・行事中・登下校中でも同様です(当校は責任を負いません)。この場合、保護者の賠償責任の負担を目的として、Familienhaftpflichtversicherung(家庭責任保険)の制度又は国内外問わず適用される Unfallversicherung(事故保険)の制度もあります。必ずいずれかにご加入されることを推奨いたします。

児童・生徒情報 【第一子】	子女氏名・学年	フリガナ	在籍(予定)学年
		漢字	
	アルファベット表記		
	生年月日・性別	年 月 日 (満 歳)	男 女
	1国籍 (複数の場合は全て記入)	日本国籍有の方は2へ	
	2在留邦人の区分	<input type="checkbox"/> 永住者 <input type="checkbox"/> 長期滞在者	在留届記載と同内容 長期滞在者と回答された方は3へ
3日本帰国予定	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 年 月頃	【注】1・2・3は、日本国教科書および補助金受給資格についての必要情報	
健康保険(※1) Krankenversicherung	保険会社名		
	保険番号		
児童・生徒情報 【第二子】	子女氏名・学年	フリガナ	在籍(予定)学年
		漢字	
	アルファベット表記		
	生年月日・性別	年 月 日 (満 歳)	男 女
	1国籍 (複数の場合は全て記入)	日本国籍有の方は2へ	
	2在留邦人の区分	<input type="checkbox"/> 永住者 <input type="checkbox"/> 長期滞在者	在留届記載と同内容 長期滞在者と回答された方は3へ
3日本帰国予定	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 年 月頃	【注】1・2・3は、日本国教科書および補助金受給資格についての必要情報	
健康保険(※1) Krankenversicherung	保険会社名		
	保険番号		
児童・生徒情報 【第三子】(※2)	子女氏名・学年	フリガナ	在籍(予定)学年
		漢字	
	アルファベット表記		
	生年月日・性別	年 月 日 (満 歳)	男 女
	1国籍 (複数の場合は全て記入)	日本国籍有の方は2へ	
	2在留邦人の区分	<input type="checkbox"/> 永住者 <input type="checkbox"/> 長期滞在者	在留届記載と同内容 長期滞在者と回答された方は3へ
3日本帰国予定	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 年 月頃	【注】1・2・3は、日本国教科書および補助金受給資格についての必要情報	
健康保険(※1) Krankenversicherung	保険会社名		
	保険番号		

※1 **【重要】**本校は現地法による学校法人ではない為に、学校で起きた事故でも校内事故とみなされず、一般負傷として、保護者の皆様が入会している健康保険(Krankenkasse)が適用されます。予めご了承下さい。

※2 お手数ですが、お子様が4名以上の場合は、コピーして記入して下さい。