

Inscrição no seguro escolar 日本体育・学校健康センターの加入申込書

平成____年____月____日

Ano Mês Dia

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE SHIMADASHI

島田市教育委員会 教育長 様

()学年 ()組

série

sala

Nome do aluno : _____

児童生徒名

Assinatura do responsável _____ carimbo

保護者名

印

Gostaria de participar no grupo de Centro de Saúde Escolar.

Permito que a escola faça toda documentação em meu nome

私は、日本体育・学校健康センターに加入し、これに伴うすべての事務を学校長に委任することに同意します。