

## 재 일 연 락 인 수 락 서

학교법인 니시자와 가쿠엔 메디컬 에스테틱 전문학교 일본어학과 교장 귀하

학생(입학희망자) 이름 \_\_\_\_\_

학생(입학희망자) 국적 \_\_\_\_\_

저 \_\_\_\_\_는 상기 학생(입학희망자)의 재일연락인으로서 상기 입학희망자가 일본어 학습 목적을 이루기 위해 유익한 학교생활을 보낼 수 있도록 입학희망자와 협력할 것이며 학교와 입학희망자, 학교와 경비지불자의 연락이 원활히 이루어지도록 협력할 것을 약속합니다.

\_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

연락인 이름 \_\_\_\_\_ ①

현주소 〒\_\_\_\_\_

자택전화 \_\_\_\_\_ 휴대폰 \_\_\_\_\_

근무처 \_\_\_\_\_ 근무처전화 \_\_\_\_\_

근무처 주소 〒\_\_\_\_\_

입학희망자와의 관계 (혈연관계 이외인 경우는 가능한한 상세히 기입하십시오)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....