サモア独立国大使館 Embassy of the Independent State of Samoa 大使館訪問 申込書 Application for Embassy visit

以下をご記入の上、ファックス(03-6228-3693)もしくは samoa_tokyo@samoaembassy.jp までお送り下さい。

学校名: Name of School							
ご住所:Address of the school							**************************************
電話番号:TEL							an managar , pr , gr, gr, gr
ファックス番号:FAX							
Email Address :							
ご担当者:Person in charge							
ご担当者様 職種: Title							
第1希望日: First Preferred Date	20	年		月	日 (曜日)	
ご希望時間:Preferred Time		時	分	~	時	分	
第2希望日: Second Preferred Date	20	年	***************************************	月	B (曜日)	
ご希望時間:Preferred Time		時	分	~	時	分	
希望訪問人数 : Number of the visitors	生徒 Student () 先生 Teacher ()						
学びたい事、ご質問などご自由にご記 learn at the Samoa Embassy, question		Please f	eel fre	e to fill in	what would	l you like	to
		79° 100 100 100 100 100 100 100 100 100 10	ar ann an agus ga Valence ann an ann an	.=			
			·				
	a* a			***************************************			
	·						