

入園登録申込書

申込日		
年	月	日

私は保育園の教育理念・教育内容を理解し、本書に事実と相違なく記載した上で(記載した内容が事実と相違した場合は、申込みが取消となることがあることに同意のうえ)入園登録を申し込みいたします。

以下の保育を希望いたします。(○で囲んでください)

【 月極保育 ・ 一時保育 ・ 二重保育 ・ 病児保育 】

入園希望日： 年 月 日

登録番号：

ここにお子さまと保護者様の写真を添付してください。
 その他お迎えに来て頂く方の写真も添付してください。
 (写真は数枚に分かれても構いません。)

フリガナ			性別	男・女
お子さま氏名				
生年月日	平成 年 月 日	現住所		
年齢	歳 月	TEL		
愛称		血液型	A B O AB	RH + -
保護者①	氏名(勤務者)	フリガナ	お子さまとの続柄	年齢
連絡先	勤務先	携帯電話番号		
	電話番号	部署	内線番号	
保護者②	氏名	フリガナ	お子さまとの続柄	年齢
連絡先	勤務先	携帯電話番号		
	電話番号	部署	内線番号	
ご家族 保護者①② 以外のご家族 について	氏名	続柄	年齢	勤務先名(所属・役割等含む)
現在通園されている 保育園・幼稚園 <small>※一般月極めの方は必要ありません。</small>	園名	住所		TEL
SIDS 予防対策 <small>(SIDS…乳幼児突然死症候群) 緊急時対応の参考にご記入ください。</small>	出生時体重	約 g	健康 状況等	ご両親の アレルギー の有無
	家族の喫煙	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
	寝せ方	仰向け寝・うつ伏せ寝		<input type="checkbox"/> 母(アレルギー：)
	人工乳	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		健診の受診 <input type="checkbox"/> 有 (4か月・1歳半・3歳) ・ <input type="checkbox"/> 無
特に知らせて おきたい事項			健診時の指摘事項 その他発達上の心配事や定期的通院等 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	

キッズ承認印
月 日

責任者	担当者
月 日	月 日