

# 入園登録申込書

記入日			
西暦	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）

【病児・病後児保育】

入園希望日： 年 月 日

申請者氏名： 印

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全員の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。添付せずに持参して頂いても構いません。お迎えに来て頂く全員の方とお子さまとの関係性が分かるように記載等をお願いいたします。

フリガナ				性別	男・女
お子さま氏名				現住所	
生年月日	年	月	日	連絡先	
年齢	歳	か	月	血液型	A B O AB RH + -
保護者① 連絡先	氏名（勤務者）	フリガナ		お子さまとの続柄	年齢
	メールアドレス			携帯電話番号	
	勤務先名				
	電話番号		部署		内線番号
保護者② 連絡先	氏名	フリガナ		お子さまとの続柄	年齢
	メールアドレス			携帯電話番号	
	勤務先名				
	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 保育施設（学校）	施設名			組名	
	住所			電話番号	
SIDS 予防対策 （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。	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

責任者印
月 日

担当者印
月 日

