

## 入園・登録申込書

園名	チェリッシュ西新井
申込日	西暦 年 月 日

※太枠の中をご記入ください

園児名	フリガナ		生年月日	(ご予約の場合もご記入下さい)		
				西暦	年	月
現住所	〒 *住民票登録の住所					
				TEL		
転居予定	〒 *住民票登録の住所					
				西暦 年 月 日頃		
E-mail :			宛名 :			
父氏名	フリガナ		母氏名	フリガナ		
連絡先	優先順位	父 勤務先	会社名	TEL		
				携帯		
		母 勤務先	会社名	TEL		
				携帯		
健康状態	平熱 _____℃    食物アレルギー 有 無 ひきつけ 有 無    その他アレルギー 有 無 呼吸心疾患 有 無    既往症 有 無 出生時異常 有 無 *以前かかった病気で、通院・入院を要した病気など			左記で有に○をつけた方は内容を具体的にご記入ください		
予定保育時間	【月極保育】			【現在の児童の状況など】		
	● 契約希望 : 週 5 日    ・ 週 6 日 ● 予定時間 :            :            ~            : ● 備考 :			・家庭で保育中 ・他の保育所利用中 (認可園 認証保育所 その他) ・R 年度認可園申込 有 無 ・認可園申込結果 内定 待機		
備考						
登園開始希望日	西暦 年 月 日		当園を何で 知りましたか	広告( )・HP・役所からの紹介・知人の紹介・その他 ( )		

※注意事項※

- ・頂いた個人情報は入園手続きのみに使用いたします。
- ・出産前に登録申込みをされた方は、出産後に生年月日をご連絡ください。
- ・申し込み有効期限は、2025年3月31日までになります。