

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 | (ご予定の場合もご記入下さい) | | | | |
| | | | | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 生男・女 |
| 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 | 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 | | | |
| | 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 | | | | | | | |
| 予定保育時間 | 【月極保育】 ● 契約希望 : 週 5 日 ・ 週 6 日 ● 予定時間 : : ~ : ● 備考 : | | | | 【現在の児童の状況など】 • 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、2026年3月31日までになります。