

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 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】			【現在の児童の状況など】	
	● 契約希望 : 週 5 日 ・ 週 6 日			・ 家庭で保育中	
	● 予定時間 : : ~ :			・ 他の保育所利用中 (認可園 認証保育所 その他)	
	● 備 考 :			・ 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。