

チェリッシュ桜坂保育園 定期利用入園申込書

ふりがな			性別	生年月日			
児童氏名			男 女	平成 (満	年 歳	月 ヶ月)	日生
既往症							
アレルギー	無・有()						
予防接種	BCG 三種・四種混合 ポリオ 日本脳炎 MR その他()						
ふりがな							
保護者氏名			電話番号				
現住所	〒 -						
入園に関する 連絡先(電話番号)	優先順① (続柄)		優先順② (続柄)				
ご家族構成 (ご同居のご家族)	氏名	続柄	職業・学校				

入園希望時期	年 月 (歳児クラス)	契約希望時間	: ~ :
除去食	無・有()		□月 □火 □水 □木 □金 □土
4月入園できない場合	空き待ちをする・空き待ちはしない	当園のご見学 済 ・ 未 入園のしおり 既読 ・ 未読	
入園希望順位 複数園にお申込みの場合	第1希望() 第2希望() 第3希望()		

備考欄(ご家庭の状況・発育状況等について伝えておきたいことがあればご記入下さい)

--	--

ご署名欄	本書の申告に関して事実と相違ございません。 名前 _____ 印
------	----------------------------------

※本書に事実との相違があった場合や期限内に必要な手続きが完了しない場合は、本申込を無効とさせていただきます。
 ※お申込み・ご見学時点で「空きあり」とのご説明をした場合であっても、お席の確保を確約するものではありません。

備考(職員記入)				
お申込み日	年 月 日	担当者氏名	受付NO.	

保護者の状況		
ふりがな		
保護者氏名	父	母
生年月日	昭和・平成 年 月 日生まれ (歳)	昭和・平成 年 月 日生まれ (歳)
保育の事由	外勤・内定・自営・内職・就学・産育休・介護・看護・その他	外勤・内定・自営・内職・就学・産育休・介護・看護・その他
勤務先(学校)名称		
所在地		
電話番号		
就労(就学)時間	: ~ :	: ~ :
就労(就学)日数	週 日/月 日	週 日/月 日
定休	曜日・不定休	曜日・不定休
通勤(通学)経路・時間	自宅→ 時間 分	自宅→ 時間 分
介護(看護)を受ける人	続柄()	続柄()
病名・障がい名		
介護保険の利用	有(要介護・要支援 度)・無	有(要介護・要支援 度)・無
手帳の有無	有(手帳 級・度)・無	有(手帳 級・度)・無
在宅介護	全介護・常時観察介護・要介護	全介護・常時観察介護・要介護
通所介護	週 日、日中 時間を要する	週 日、日中 時間を要する
通院介護	病院・施設名	病院・施設名
その他	上記以外で保育を必要とする理由	

規約	
※本書に事実との相違があった場合や期限内に必要な手続きが完了しない場合、捺印の無い場合は申し込みを無効とさせていただきます。	
入園申込に当たり、上記規約に同意いたします	平成 年 月 日 保護者氏名 印