

チェリッシュ() 入園申込書・仮契約書

ふりがな			性別	生年月日				
児童氏名			男 女	西暦 (満 年 月 日生 ヶ月)				
出産時体重	g	出生時異常	無・有()					
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	父		母					
生年月日	西暦	年	月	日生れ()	西暦	年	月	日生れ()
勤務先名称								
勤務先 最寄駅	線		駅					
勤務時間・形態	: ~ :		(正規 非正規 自営 その他)					
現住所	〒	東京都	区	国籍				
				本籍	都・道 府・県			
電話番号 (優先順)	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)	希望契約時間	: ~ :
除去食・離乳食	無・有(除去食・離乳食)			土曜保育	無・有
認可園・その他の園への 申し込み (入園後の予定含む)	無・有(認可園・その他の園)			系列園への入園希望	無・有 (綾瀬 北綾瀬 西新井 小規模園)
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()	当園のご見学 重要事項説明書	済・未 既読・未読
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、本予約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)

備考(職員記入)					
お申込み日	年	月	日	担当者氏名	受付NO.

お子様に関する特記事項（既往症・アレルギー・癖など）

コメント欄（ご家庭の状況・勤務形態などの保育の必要性についてをご記入下さい）

※記載の内容を証明する書類の提出をお願いする場合がございます。

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。

※ご入会金・初回保育料は、手続き期限内(2週間以内)のキャンセルに限り、全額ご返金を致します。ただし期限外の場合については、その理由に関わらず入会金のご返金できませんので予めご了承下さい。

※初回保育料につきましては、保育契約期間以前のキャンセルの場合は全額返金致しますが、保育契約期間内のキャンセルにつきましては返金できませんので、予めご了承下さい。

予約・入園に当たり、上記規約に同意いたします

年 月 日 保護者氏名 _____ 印