|  |
| --- |
| **申込日** |
| **年 月 日** |

**入園登録申込書（園児用）**

私は保育園の教育理念・教育内容を理解し、本書に事実に相違なく記載した上で（記載した内容が事実に相違した場合は、申込みが取消となることがあることに同意のうえ）入園登録を申し込みいたします。

以下の保育を希望いたします。(○で囲んでください)

ここにお子さまと保護者様の写真を添付してください。 その他お迎えに来て頂く方の写真も添付してください。

（写真は数枚に分かれても構いません。）

【　月極保育 ・ 一時保育　】

入園希望日： 年 月 日

登録番号：

|  |
| --- |
| キッズ承認印 |
| 月 日 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 責任者 | 担当者 |
| 月 日 | 月 日 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| お子さま氏名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月 　　日  月 日 | | | | | | | | | 現 住 所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 齢 | 歳 | | | | カ月 | | | | | T E L | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 愛 称 |  | | | | | | | | | 血 液 型 | | | | A B O AB | | | | | | | | | RH ＋ － | | | | |
| 保護者① | 氏 名（勤務者） | |  | | | | | | | フリガナ | | | | | | お子さまとの続柄 | | | | |  | | | 年齢 |  | | |
| 連 絡 先 | 勤 務 先 | |  | | | | | | | | | | | | | 携帯電話番号 | | | | |  | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | 部署 | |  | | | | | 内線番号 | | | |  |
| 保護者② | 氏 名 | |  | | | | | | | フリガナ | | | | | | お子さまとの続柄 | | | | |  | | | 年齢 | | |  |
| 連 絡 先 | 勤 務 先 | |  | | | | | | | | | | | | | 携帯電話番号 | | | | |  | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | 部署 | |  | | | | | 内線番号 | | |  | |
| ご 家 族  保護者①②  以外のご家族  について | 氏 名 | | | | | | 続柄 | | 年齢 | | 勤務先名（所属・役割等含む） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在通園されている  保育園・幼稚園  ※一般月極めの方は必要ありません。 | | | | 園名 | |  | | | | | | | | | | | 組名 | |  | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | TEL | |  | | | | | |
| SIDS予防対策  （SIDS…乳幼児突然死症候群）  緊急時対応の参考に ご記入ください。 | | 出生時体重 | | 約 ｇ | | | | | | | | 健康  状況等 | | | ご両親の  アレルギー  の有無 | | | □無 | | □父(アレルゲン： ) | | | | | | | |
| 家族の喫煙 | | □ 有 ・ □ 無 | | | | | | | |
| □母(アレルゲン： ) | | | | | | | |
| 寝 せ 方 | | 仰向け寝・うつ伏せ寝 | | | | | | | |
| 健診の受診  □ 有 ( 4か月・1歳半・3歳 )・□ 無 | | | | | | | | | | | | |
| 人 工 乳 | | □ 有 ・ □ 無 | | | | | | | |
| 特に知らせて おきたい事項 | |  | | | | | | | | | | 健診時の指摘事項  その他発達上の心配事や定期的通院等  □有 ・ □無 | | | | | | | | | | | | |