

~~2020年度かがやき保育園入園申込書（一次募集）~~

<入園をご希望する園に ✓ をつけてください>

- 東大井かがやき保育園（第 希望） 鮫洲かがやき保育園（第 希望）
 併願（どちらでも可） ※併願の場合は、第1・2希望を記載して下さい

記入日 年 月 日現在

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
児童名			申込日年齢	年齢 歳 ヵ月
住所	〒 連絡先（自宅・携帯）			
転居後住所	〒 (年 月転居予定)			

■保護者の状況

フリガナ		フリガナ	
保護者氏名 (父)		保護者氏名 (母)	
携帯電話		携帯電話	
勤務先 名称		勤務先 名称	
勤務先 所在地		勤務先 所在地	
勤務形態	正社員・パート・その他	勤務形態	正社員・パート・その他
勤務曜日	月・火・水・木・金・土・日	勤務曜日	月・火・水・木・金・土・日
勤務時間帯		勤務時間帯	

■同居家族の状況

(1人)

	氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	職業または学校名等
1		世帯主	男・女	年 月 日		
2			男・女	年 月 日		
3			男・女	年 月 日		
4			男・女	年 月 日		
5			男・女	年 月 日		
6			男・女	年 月 日		

■入園希望内容

入園期間	年 月 日 より 年 月 日まで
保育曜日	月・火・水・木・金・土 (週5日・週6日)
保育時間	時 分 ~ 時 分 (時間)

※土曜日の保育を希望の場合はお仕事をされている方とし、勤務証明書の提出をお願いします

■お子様の状況

※健康診断の際に参考にさせていただきます。

1、現在の保育状況 母もしくは父が保育・祖父母が保育・保育園・その他()
2、発達のことで相談している病院や施設がありますか？ ある ・ ない 「ある」場合には下記の内容にお答えください 病院名・施設名 _____ 病名等 () 服薬：「ある」1日 回 ・ 薬の種類 ()
3、慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか？ ある ・ ない 「ある」場合には下記の内容にお答えください 病院名・施設名 _____ 病名等 () 服薬：「ある」1日 回 ・ 薬の種類 ()
4、熱性痙攣を発症したことがありますか？ ある (いつ頃：) ・ ない 「ある」場合には下記の内容にお答えください 病院名・施設名 _____ 服薬：「ある」1日 回 ・ 薬の種類 ()
5、障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか？ ある (障害者手帳 級または 愛の手帳 度) ・ ない
6、アトピーやアレルギー等の診断を受けたことがありますか？ ある ・ ない 「ある」場合には、下記の内容にお答え下さい ・アレルギー () ・症状、除去食等 ()
7、入園にあたり、健康面や発達上、気になることがありましたらご記入ください。

※有効期限は2月28日まで

~~保育事業部 TEL: 03-6809-0294
FAX: 03-6809-0295~~

※辞退の場合は必ずご連絡ください