

キッズラボ下丸子園（定期利用保育）

入園申込書

記入日 平成 年 月 日 下記太枠内の項目全てご記入ください。□部分には✓(チェック)を入れてください。

氏名 (入園児童)	フリガナ	生年 月日	平成 年 月 日 現在の年齢（ 歳 ヶ月）	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
--------------	------	----------	--------------------------	--------	--

現住所	〒	電話	固定： 携帯： (使用者：)
-----	---	----	--------------------

保育の
申込理由 就業のため その他（)

保 護 者	父	氏名		携帯	
		勤務先	名称		電話
	住所			直通	
	母	氏名		携帯	
勤務先		名称		電話	代表
	住所		直通		

希望保育期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで

希望保育時間 午前 時 分 ~ 午後 時 分 (土曜日利用 有 無)

健 康 状 態	平熱 _____ °C	食物アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ひきつけ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	呼吸心疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	既往歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	※各項目「有」に☑チェックがある場合は具体的にご記入ください。		

世 帯 員	氏名	入園児童との続柄	性別	年齢	職業	他園との併願	
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		<input type="checkbox"/> 併願中
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		<input type="checkbox"/> 併願なし
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		

申込状況等を大田区に情報提供することに同意します。 受付日： 年 月 日

※個人情報の取り扱い：この申込書に記入された内容につきましては、入園のお申込み以外の目的には使用いたしません。

歳児

記入日	平成 29 年 6 月 1 日		下記太枠内の項目全てご記入ください。□部分には✓(チェック)を入れてください。					
氏名 (入園児童)	フリガナ	キッズ ケンタ		生年 月日	平成 27 年 8 月 8 日	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	
		喜岡 健太			現在の年齢 (1 歳 10 ヶ月)		<input type="checkbox"/> 女	
現住所	〒 144-0123 東京都大田区左門町7丁目1番10号 グレートマンション205号			電話	固定: 03-XXXX-XXXX 携帯: 090-XXXX-XXXX (使用者: 母)			
保育の 申込理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就業のため <input type="checkbox"/> その他 (※その他の場合の記入例: 出産を控えており、安静を要するため。)							
保護者	父	氏名	喜岡 健一郎		携帯	090-XXXX-XXXX		
		勤務先	名称	株式会社〇〇		電話	代表	03-XXXX-XXXX
			住所	東京都大田区北蒲田五丁目13番14号 〇〇ビル3階			直通	03-XXXX-XXXX
	母	氏名	喜岡 幸子		携帯	080-XXXX-XXXX		
		勤務先	名称	〇〇株式会社		電話	代表	03-XXXX-XXXX
			住所	東京都中央区南築地一丁目1番1号 〇〇ビル1階			直通	03-XXXX-XXXX
希望保育期間	平成 29 年 7 月 1 日 ~ 平成 30 年 3 月 31 日 まで							
希望保育時間	午前 9 時 00 分 ~ 午後 4 時 00 分 (土曜日利用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)							
健康状態	平熱	36.5 °C		食物アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		その他アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	ひきつけ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		呼吸心疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		既往歴	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	※各項目「有」に☑チェックがある場合は具体的にご記入ください。 ・食物アレルギーがあり、卵・牛乳・大豆を摂取するとショック状態になります。 ・生後6か月と1歳の時に熱性けいれんが1回ありました。							
世帯員	氏名	入園児童との続柄	性別	年齢	職業	他園との併願		
	喜岡 健一郎	父	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	35 歳	会社員	<input checked="" type="checkbox"/> 併願中 <input type="checkbox"/> 併願なし		
	喜岡 幸子	母	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	34 歳	会社員			
	喜岡 優花	姉	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	8 歳	小学生			
	喜岡 光太郎	祖父	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	65 歳	パート			
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳				
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳					
<input checked="" type="checkbox"/> 申込状況等を大田区に情報提供することに同意します。				受付日: 年 月 日				