

キッズラボ 企業主導型保育所

入園申込書

記入日	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。				
希望園	横浜楠町園 (第一、第二)					
氏名 (入園児童)	フリガナ	生年 月 日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		現在の年齢 (歳 ヶ月)				
現住所	〒	電話	固定： 携帯： (使用者:)			
保育の 申込理由	<input type="checkbox"/> 就業のため <input type="checkbox"/> その他 ()					
保護者	父	氏名		携帯		
		勤務先	名称		電話	代表
			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		年 月 日 ~ 年 月 日 まで			
	希望保育時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分 (土曜日利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。				予防接種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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"/> 併願中 <input type="checkbox"/> 併願なし
			<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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		
<input type="checkbox"/> 申込状況等を横浜市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

キッズラボ 企業主導型保育所

記入例

入園申込書

記入日	2019 年 3 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。				
希望園	横浜楠町園 (第一、第二)						
氏名 (入園児童)	フリガナ	キッズ ケンタ		生年 月日	2017 年 8 月 8 日	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		喜図 健太			現在の年齢 (1 歳 6 ヶ月)		
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	喜図 健一郎		携帯	090-XXXX-XXXX	
		勤務先	名称	株式会社〇〇		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	喜図 幸子		携帯	080-XXXX-XXXX	
		勤務先	名称	〇〇株式会社		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	2019 年 4 月 1 日 ~ 2020 年 3 月 31 日 まで						
希望保育時間	午前 8 時 00 分 ~ 午後 6 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。				予防接種	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<ul style="list-style-type: none"> ・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	
	喜図 健一郎	父	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	35 歳	会社員		
	喜図 幸子	母	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	34 歳	会社員		
	喜図 優花	姉	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	8 歳	小学生	<input checked="" type="checkbox"/> 併願中	
	喜図 光太郎	祖父	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	65 歳	パート	<input type="checkbox"/> 併願なし	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳				
<input checked="" type="checkbox"/> 申込状況等を横浜市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