

# ココファン・ナーサリー 東小金井 入園申込書

ココファン・ナーサリー東小金井 御中

年 月 日

ココファン・ナーサリー東小金井への入園について、次のとおり申し込みます。  
 申込みをした上で入園が決定した際には、改めて入園契約を行うことに同意します。

保護者	住所	〒 区 市 丁目 番 号			
	氏名			電話番号	( )
児童	フリガナ			生年月日	平成30年4月2日時点の年齢
	氏名	男 女	H	年 月 日	歳 月
☆世帯全員の氏名を記入して入園希望児童の番号を○で囲んでください。					
	フリガナ 氏 名	生年月日 該当年号に○	年齢	続柄	職業・通学先・通園先
1		T S H ・			
2		T S H ・			
3		T S H ・			
4		T S H ・			
5		T S H ・			
6		T S H ・			
入園を希望する理由					
保育を希望する期間		年 月 日 から 年 月 日まで			
保育を希望する時間		: から : まで 延長保育利用 有・無			
コース	月～金コース(週5日)	160時間まで	180時間まで	200時間まで	220時間まで
	月～土コース(週6日)	160時間まで	180時間まで	200時間まで	220時間まで
	氏 名	年齢	住 所		職 業 等
父 方	祖父				
	祖母				
母 方	祖父				
	祖母				
児童 の 状 態	次の所に預けている <input type="checkbox"/> 認可保育園 <input type="checkbox"/> 認証保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 無認可保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 預けていない 委託先( ) 住所( ) 預けはじめた日 年 月から 費用(月額) 円 次の人が保育している <input type="checkbox"/> 父母が保育している <input type="checkbox"/> 職場に連れていっている <input type="checkbox"/> 祖父母等が保育している <input type="checkbox"/> その他( )				
	次のところに申し込んでいる(または申し込む予定) ※内定の可否に関係ありません。 <input type="checkbox"/> 認可保育園 <input type="checkbox"/> 認証保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 無認可保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 申し込んでいない				

		母 の 状 況				父 の 状 況												
勤務状況について	事業所名																	
	所在地																	
	電話番号	( ) 内線				( ) 内線												
	就職月日	年 月 日				年 月 日												
	勤務時間	平日	時	分	～	時	分	平日	時	分	～	時	分					
		土曜	時	分	～	時	分	土曜	時	分	～	時	分					
勤務日数	週 日 定休日( 曜日)				週 日 定休日( 曜日)													
その他	その他の状況																	
	出産休	予定日	年	月	日	産休の有無	有・無	年	月	日	まで	育休の有無	有・無	年	月	日	まで	その後の予定
入園申込について	<p>1. 入園できなかった場合</p> <p><input type="checkbox"/> 空き待ちする。</p> <p><input type="checkbox"/> 申し込みを取り下げる。</p> <p>2. 兄弟姉妹で申込みの場合</p> <p><input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同時入園できなければ入園しない。</p> <p><input type="checkbox"/> 空き待ちする      <input type="checkbox"/> 申し込みを取り下げる</p> <p><input type="checkbox"/> 一人でも入園できれば通園し、他の兄弟姉妹は空き待ちする。</p>																	
児童の健康について	<p>1. 平熱について      _____ 度</p> <p>2. ひきつけについて      有 ・ 無</p> <p>_____ 度のとき      最後に起こした年齢      _____ 才 _____ ヶ月</p> <p>3. 呼吸心疾患について      有 ・ 無</p> <p>4. 食物アレルギーについて      有 ・ 無</p> <p>アレルゲン ( _____ )</p> <p>医師の診断      有 ・ 無</p> <p>5. 既往症について      有 ・ 無      ( _____ )</p>																	
※ココファン・ナーサリー記入欄																		