

ココファン・ナーサリー 神田万世橋 入園申込書

ココファン・ナーサリー神田万世橋 御中

年 月 日

ココファン・ナーサリー神田万世橋への入園について、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	2019年4月2日時点の年齢
	氏名	男 女	H 年 月 日	歳	ヶ月
☆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 土曜	時 時	分 分	～	時 時	分 分	平日 土曜	時 時	分 分	～	時 時	分 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	職場復帰・求職・その他	
入園申込について	<p>1. 入園できなかった場合 <input type="checkbox"/> 空き待ちする。 <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 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同時入園できなければ入園しない。 <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	1. 平熱について		_____ 度					2. ひきつけについて		有 ・ 無			_____ 度のとき		最後に起こした年齢		_____ 才 _____ ヶ月	
	3. 呼吸心疾患について		有 ・ 無			4. 食物アレルギーについて		有 ・ 無			アレルギー (_____)		医師の診断		有 ・ 無			
	5. 既往症について		有 ・ 無			(_____)												
※ココファン・ナーサリー 記入欄																		