

わかくさ保育園 『もみじ・キッズ』 申込書

平成 年 月 日 記入

学童保育を1年間利用したいので、次のとおり申し込みます。

児童名	(ふりがな)		性別	小学校名	小学校	
			男	学年・組	年	組
	平成 年 月 日生		女	卒園	幼稚園 保育園・所	
現住所	〒					
TEL ()						
家族・同居人の状況	続柄	氏名	生年月日	職業	勤務先及びTEL	健康状態
			・		—	
			・		—	
			・		—	
			・		—	
			・		—	
保護者の勤務状況	父	勤務形態 常勤・パート・その他 ()	勤務形態 常勤・パート・その他 ()			
		勤務時間 時 分 ~ 時 分	勤務時間 時 分 ~ 時 分			
	親	移動時間 会社⇒保育園まで およそ 分	移動時間 会社⇒保育園まで およそ 分			
		土曜日の勤務 ※勤務がある方のみ 時 分 ~ 時 分	土曜日の勤務 ※勤務がある方のみ 時 分 ~ 時 分			
希望保育時間 <small>※利用するもののみ記入して下さい</small>	平日 (平常月)	◆ 下校時 ~ 時 分まで				
	土曜日	◆ 時 分 ~ 時 分まで				
	長期休校日 (春・夏・冬)	◆ 時 分 ~ 時 分まで				
緊急連絡先	①番号:	(例: 母携帯)				
	②番号:	()				
	③番号:	()				
かかりつけの病院		健康保険	健	記号 番号		
小児科			国			
整形外科		身長・体重 <small>※記入時のもの</small>	身長	cm	体重	kg

※この申込書は1年間のみ有効です。翌年も引き続き利用される場合は、再度記入をお願いします。

健康状態

今までかかった病気					※かかっている場合は “はい”に○をつけて下さい。
麻疹 (はしか)	はい・いいえ	水痘 (水ぼうそう)	はい・いいえ	百日咳	はい・いいえ
風疹	はい・いいえ	流行性耳下腺炎 (おたふく)	はい・いいえ	小児ぜんそく	はい・いいえ
その他					

今まで受けた予防接種					※受けている場合は “はい”に○をつけて下さい。
ポリオ	はい・いいえ	三種混合	はい・いいえ	MRワクチン (麻疹・風疹)	はい・いいえ
水痘 (水ぼうそう)	はい・いいえ	流行性耳下腺炎 (おたふく)	はい・いいえ	BCG	はい・いいえ
日本脳炎	はい・いいえ	B型肝炎	はい・いいえ	その他	

体質など特記事項	※アレルギーやけいれんの経験の有無なども記入してください

性格など	
------	--

備考欄	※その他、生活面で心配なことがありましたら記入して下さい。

～個人情報について～

写真の掲示や取材を受けた際の希望調査書

※いずれかに○をつけて下さい。

・承 諾

・不 承 諾

※備考欄にはご事情や譲歩できる点などお書き下さい。

備考欄 ()