入　園　願　書

一時保育・病児･病後児保育　利用登録申込書

医療法人　全心会
伊勢けいゆう塾保育
園 長 殿

貴園の教育方針に賛同し、下記の幼児が入園することを申し込みます。

西暦　　年　　月　　日

申請者（保護者）氏名　　㊞

ふりがな		生年月日	西暦　年　月　日生 歳　ヵ月（4月1日現在）　歳児	男・女
園児名				
マイナンバー				
現住所	〒 電話番号：　—　—　　携帯番号：　—　—			
入園希望月	西暦　年　月　1日から	□小学校就学前まで □年月末日まで	0・1・2・3・4・5 歳 児	

家　族　状　況（祖父母が同居の場合も記入）

続柄	ふりがな 氏　名	生　年　月　日 マイナンバー	勤務先（住所・電話番号） 学校名（学年）・通園先（学
世　帯　主			

提携企業様連絡先	会社名	連絡先 —　—
備考		

※個人情報保護のため、この申込書は保育園入園申込以外の目的で使用しません。

願書受付番号	No.	受付日：　年　月　日 面接日：　年　月　日

ふりがな 園児名	

利用開始日：　年　月　日

出生歴	分娩状況	出生体重・身長	g	cm	出産周期　週（　ヵ月）
		出生時の異常	ない・ある　（ある→　）		
	新生児期	栄養方法	母乳　（　）ヵ月　混合乳（　）ヵ月　人工乳（　）ヵ月		
		発育状況	首すわり（　）ヵ月　歩行（　）ヵ月　始語（　）ヵ月		

予防接種	四種・三種混合	未・接種（1回・2回・3回・追加）	ＭＲ（麻疹・風疹）	未・接種（１回・2回）
	ポリオ	未・接種（1回・2回・3回・追加）	水ぼうそう	未　・　接種
		（ワクチン・生）	おたふくかぜ	未　・　接種
	ヒブ	未・接種（1回・2回・3回・追加）	ＢＣＧ	未　・　接種
	肺炎球菌	未・接種（1回・2回・3回・追加）	Ｂ型肝炎	未　・　接種

これまでにかかった主な感染症等に〇をつけてください。

1. 突発性発疹　2. はしか　3. 風しん　4. 水ぼうそう　5.おたふくかぜ
6. 熱性けいれん　（回数　回）（最初はいつ　年　月）　（座薬の指示　有・無）
7. アトピー性皮膚炎
8. 喘息および喘息性気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ）　9.その他（　）

入院歴	ない・ある （病名：　歳　ヵ月頃）（病名：　歳　ヵ月頃）
かかりつけ医療機関	小児科：　その他（耳鼻科・眼科等）
常備薬	ない・ある（具体的に）
食事制限	ない・ある（具体的に）
その他	体質（薬物アレルギー）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことなど具体的に記入してください

緊急連絡先 連絡する順番を記入してください		氏名（ふりがな）　続柄	会社名・連絡先
	①	（　）	TEL
	②	（　）	TEL
	③	（　）	TEL
	④	（　）	TEL