

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				男・女
園児名	生年月日	西暦 年 月 日生		
		歳 ヲ月（願書提出時現在）		
現住所	〒			
	電話番号： — —	携帯番号： — —		
入園希望月	西暦 年 月 1日から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 0・1・2・3・4・5 歳児 の年度末日まで （該当する項目にチェックを入れてください。）		
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	勤務先（住所・電話番号）/ 学校名（学年）/通園先（学年）	
世帯主		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
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					利用開始日： 年 月 日
園児名					
出生歴	分娩状況	出生体重・身長	g	cm	出産周期 週（ ヲ月）
		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		
これまでにかった主な感染症等に○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 ヲ月頃）（病名： 歳 ヲ月頃）			
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）				
食物・動物・花粉症等アレルギー	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	氏名（ふりがな）	続柄	会社名・連絡先		
	①	（ ）	TEL		
	②	（ ）	TEL		
	③	（ ）	TEL		
	④	（ ）	TEL		