

みんなの미래 よこて卸町園 (企業主導型保育所)

入園申込書

記入日	令和 年 月 日	下記枠内の項目全てご記入下さい。□部分には✓(チェック)を入れてください				
氏名 (入園児童)	フリガナ	生年月日	令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	〒	電話				
申込理由	<input type="checkbox"/> 就業のため <input type="checkbox"/> その他 () ※就労証明書をご提出頂きます。					
申し込み形態	<input type="checkbox"/> 自社枠 <input type="checkbox"/> 共同利用枠 <input type="checkbox"/> 地域枠					
保護者	父	氏名	印	生年月日	S H	携帯
		勤務先	名称	所在地	電話	代表 直通
	母	氏名	印	生年月日	S H	携帯
		勤務先	名称	所在地	電話	代表 直通
希望保育期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで					
希望保育時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分 (土曜日利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
健康状態	平熱 _____ °C		食物アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		その他アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	ひきつけ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		呼吸心疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		既往歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
※各項目「有」に✓チェックがある場合は具体的にご記入ください。						
保護者以外の世帯員	氏名	続柄	性別	生年月日	職業(具体的に)	他園
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S H R		<input type="checkbox"/> 併願中 <input type="checkbox"/> 併願なし
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S H R		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S H R		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S H R			
<input type="checkbox"/> 申込状況等を横手市に情報提供することに同意します。				受付日：令和 年 月 日 お問い合わせ：協同組合横手卸センター		
				担当者：木村 (0182-32-8161)		

※個人情報の取り扱い：この申込書に記入された内容につきましては、入園のお申込み以外の目的には一切使用いたしません。

歳児