

受付番号		第		号	
○で囲んでください。 満3歳児 ・ 年少 ・ 年中 ・ 年長					
入 園 願 書					
ふりがな				ふりがな	
幼児名	男・女		保護者名		
	西暦 年 月 日生			幼児との続柄	
現住所	〒 (父携帯) (母携帯)				
家族の状況	氏名	年齢	続柄	勤務先又は学校学年	
	ふりがな		父		
	ふりがな		母		
備考	・特記事項 特病がある、大病したことがある、その他、言葉や行動面で気になる点など				
	・現在通っている所がある方は、記入して下さい。[例:〇〇保育園]				
	・アレルギーについて 当てはまるところがある方は○で囲んで下さい。 1、 食物アレルギーがある 卵、牛乳、乳製品、小麦、魚卵、そば、甲殻類、果物、ピーナッツ、他()				
	2、 アナフィラキシーショックが起こる可能性がある				

上記の者、考査料5,000円(満3歳児は6,000円)を添えて申し込みます。

保護者氏名 印

- ★バス利用について、どちらかを○で囲んでください。
- ・園バスを利用します。 ・園バスを利用しません。
- ★ご自宅から園までの道順を裏面にお書き下さい。(印刷した地図も可)