

# はなしょうぶ保育園

# 入園申込書（企業枠・地域枠）

記入日	年 月 日		下記太枠内の項目全てご記入ください。□部分には√(チェック)を入れてください。					
氏名 (入園児童)	フリナガ		生年 月日	年 月 日 現在の年齢( 歳 ヶ月)		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	〒			電話	固定： 携帯： (使用者： )			
保育の 申込理由	<input type="checkbox"/> 就業のため <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
保 護 者	父	氏名	Ⓜ		携帯			
		勤務先	名称			電話	代表	
			住所				直通	
		母	氏名	Ⓜ		携帯		
	勤務先		名称			電話	代表	
			住所				直通	
	希望保育期間		年 月 日～ 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、祝日利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
健康 状 態	平熱 _____℃    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記入ください。    予防接種 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
発 育 歴	健診状況 <input type="checkbox"/> 3カ月健診 <input type="checkbox"/> 6カ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳半健診 <input type="checkbox"/> 3歳半健診							
	指導された事 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 歳 ヶ月)							
	病気							
世 帯 員	氏名	入園児童との継続	性別	年齢	職業	他園との併願		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳		<input type="checkbox"/> 併願中 <input type="checkbox"/> 併願なし		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳				
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳					

受付日： 年 月 日

※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使用いたしません。



# 入園時健康診断書

株式会社松栄産業 はなしょうぶ保育園

下記の児童が、保育園に入園します。入園前の健康診断をよろしくお願ひします。

ふりがな				
園児名	( 男 ・ 女 )			
生年月日	年	月	日生	
身体発育	身長	cm	体重	g 頭囲 cm
栄養状態	良	・	普通	・ 不良
精神運動発達	正	・	遅延	
理学的所見	貧血	有	・	無
	心音	純	・	不純 ( )
	呼吸音	正常	・	異常 ( )
	腹部			
	四肢			
既往症				
治療中の病気				
その他				
診断の結果は上記の通りで、集団生活は (可・不可) です。				
令和 年 月 日				
所在地				
医療機関名				
医師名				
印				

※個人情報保護法にもとづいて、上記ご記入いただいた個人情報は適正に取り扱いたします。