

受付番号：

※必要箇所に☑○記入をしてください

受付日 ____月____日

入 園 願 書

令和 ____年 ____月 ____日

(ふりがな)		性別	生年月日(年齢)
入園児童 氏名		男・女	西暦 ____年 ____月 ____日生 (4月 入園時：年少・年中・年長)
(ふりがな)		園児との関係	電話番号
保護者 氏名	⑩	父・母 その他()	自宅 ____ - ____ 携帯 ____ - ____
住所	〒 ____ - ____		
希望する 保育時間	平日： ____時から ____時まで	主な送迎方法 ※チェックをお入れください	<input type="checkbox"/> 公共交通機関または徒歩 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車・その他()
預かり保育の 希望の有無	<input type="checkbox"/> 午前預かり：7時～8時30分の範囲 <input type="checkbox"/> 季節預かり(春休み、夏休み、冬休み) <input type="checkbox"/> 午後預かり：14時30分～18時の範囲 <input type="checkbox"/> 土曜日預かり(8時30分～16時の範囲)		
本園を 希望する 理由			
●入園を希望する場所(☑をしてください)			
<input type="checkbox"/> 博多ピノキオこども園 (福岡市博多区上牟田)			
の入園を希望します。			
入園希望日 ・ 令和4年4月 ・ その他 ____年 ____月 ____日			
日中の連絡先 氏名 _____ (続柄)			
電話番号 ()			

どの年齢のお子さんについても記入してください。

<input type="checkbox"/> 今までにかかった大きな病気 (病名)	<input type="checkbox"/> 障がいの有無 (有 ・ 無) ある場合の名称 ()
<input type="checkbox"/> 熱性けいれんを起こしたことがある (回ぐらい 才頃)	療育手帳をお持ちの場合 (A1・A2・B1・B2)
<input type="checkbox"/> アレルギーがある (食物) (その他)	<input type="checkbox"/> 医療的ケアの有無 (有 ・ 無) 診断名 ()
<input type="checkbox"/> アトピーがある	<input type="checkbox"/> その他、お子さんの養育上心配なことがあれば お書きください
<input type="checkbox"/> 除去食をしている ()	
<input type="checkbox"/> 特になし	

社会福祉法人 正道会(博多)

※記入例

※グレーの所は、記入しないでください

受付番号： ※必要箇所に☑○記入をしてください 受付日 月 日

入 園 願 書

令和 3年 11月 1日

(ふりがな)	ぴのきお たろう	性別	生年月日 (年齢)
入園児童氏名	ピノキオ 太郎	男・女	西暦2019年 6月 22日生 (4月 入園時：年少・年中・年長)
(ふりがな)	ぴのきお ほしこ	園児との関係	電話番号
保護者氏名	ピノキオ ほし子	父・母 その他 ()	自宅 ー ー 携帯 090-1234-5678
住所	〒 812-0006 福岡市博多区 上牟田1丁目7-11		
希望する保育時間	平日： 9時から 16時まで	主な送迎方法 ※チェックをお入れください	<input type="checkbox"/> 公共交通機関または徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車・その他 ()
預かり保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 午前預かり：7時～8時30分の範囲 <input type="checkbox"/> 季節預かり (春休み、夏休み、冬休み) <input checked="" type="checkbox"/> 午後預かり：14時30分～18時の範囲 <input type="checkbox"/> 土曜日預かり (8時30分～16時の範囲)		
本園を希望する理由	家が近いため ○ 保育方針に共感したため		
●入園を希望する場所 (☑をしてください)			
<input checked="" type="checkbox"/> 博多ピノキオこども園 (福岡市博多区上牟田)			
の入園を希望します。			
入園希望日 ○令和4年4月 ・その他 年 月 日			
日中の連絡先 氏名 <u>ピノキオ ほし子</u> (続柄 母)			
電話番号 (090- 1234- 5678)			

どの年齢のお子さんについても記入してください。

<input type="checkbox"/> 今までにかかった大きな病気 (病名)	<input checked="" type="checkbox"/> 障がいの有無 (有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> 熱性けいれんを起こしたことがある (回ぐらい 才頃)	ある場合の名称 (自閉症スペクトラム)
<input checked="" type="checkbox"/> アレルギーがある (食物 小麦、乳製品)	療育手帳をお持ちの場合 (A1・A2・B1・B2)
(その他)	<input type="checkbox"/> 医療的ケアの有無 (有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> アトピーがある	診断名 ()
<input type="checkbox"/> 除去食をしている ()	<input type="checkbox"/> その他、お子さんの養育上心配なことがあればお書きください
<input type="checkbox"/> 特になし	