

受付番号：

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 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 ： から ： まで	主な送迎方法 ※□にチェックを お願いします	<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（ ） <input type="checkbox"/> 園バス希望
預かり保育 希望の有無	<input type="checkbox"/> 午前預かり 7：00～ 8：30 <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 14：30～18：00 <input type="checkbox"/> 土曜預かり 8：30～16：00		
本園を希望 する理由			
保育歴	<input type="checkbox"/> 今回が初めての園、初めての集団生活 <input type="checkbox"/> 年 月～ 年 月 園名（ ）		
入園希望日 令和 年 月 日 日中の連絡先 氏名 （続柄） 電話番号（ — — ）			

お子様のことについて記入をお願いします

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

受付番号：

受付日 月 日

入園願書

令和 5 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2021年 7月 7日生 （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 星子 ①	父 ・ 母 その他（ ）	自宅 092-951-0777 携帯 090-1234-5678
住所	〒 811-1232 福岡県 那珂川市 大字埋金 811-1		
希望する保育時間	平日 <u>9:00</u> から <u>14:00</u> まで	主な送迎方法 ※□にチェックを お願いします	<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（ ） <input type="checkbox"/> 園バス希望
預かり保育希望の有無	<input type="checkbox"/> 午前預かり 7:00～ 8:30 <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 14:30～18:00 <input type="checkbox"/> 土曜預かり 8:30～16:00		
本園を希望する理由			
保育歴	<input type="checkbox"/> 福岡ピノキオこども園が初めての園、初めての集団生活 <input type="checkbox"/> 年 月～ 年 月 園名（ ）		
入園希望日 令和 6 年 4 月 1 日 日中の連絡先 氏名 <u>ピノキオ 星子</u> （続柄 母） 電話番号（ <u>090-1234-5678</u> ）			

お子様のことについて記入をお願いします

<input type="checkbox"/> 今までにかかった大きな病気 （病名 ） <input type="checkbox"/> 熱性けいれんを起こしたことがある （ <u>1</u> 回ぐらい <u>1</u> 歳頃） <input type="checkbox"/> アレルギーがある （食物 <u>小麦、乳製品</u> ） （その他 ） <input type="checkbox"/> アトピーがある <input type="checkbox"/> 除去食をしている （ ） <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 障がいの有無（有 ・ 無） ある場合の名称（ <u>自閉症スペクトラム</u> ） 療育手帳をお持ちの場合 （ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ） <input type="checkbox"/> 医療的ケアの有無（有 ・ 無） 診断名（ ） <input type="checkbox"/> その他、お子様の療育上心配なことがあれば お書きください <ul style="list-style-type: none"> • <u>偏食があります。</u> • <u>大きな音や声が苦手です。</u> •
---	---