

大田区定期利用保育入園申込書

歳児

クオリスキッズ北千束保育園

申込日 令和 年 月 日

クオリスキッズくがはら保育園

※該当園に丸をつけてお送りください。

園児名	フリガナ		生年月日	男・女		歳	ヶ月		
				平成	年	月	日	生まれ	
現住所	〒								
	電話番号								
保育を 申し込む理由	1、就業の為（正社員・パート・派遣） 2、その他（ ）								
保護者	父	氏名						携帯番号	
		勤務先						電話番号	
	母	氏名						携帯番号	
		勤務先						電話番号	
申し込む保育期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日								
申し込む保育時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分								
健康状態	平熱	度	食物アレルギー	有	無	左記に○を付けた方 内容を具体的にご記入下さい			
	ひきつけ	有	無	その他アレルギー	有			無	
	呼吸器疾患	有	無	既往症	有			無	
児童の 家族状況	氏名	続柄	性別	年齢	職業	他園との 併願	認可園	有	無
							認証園	有	無
							定期利用保育	有	無
							一時利用保育	有	無
※ 4月以降に枠が空いた際のキャンセル待ちを							する	・	しない
※ 申し込み状況等を大田区に情報提供することに同意							する	・	しない

申込期間：令和2年2月17日(月)~2月21日(金)

発表：令和2年2月25日(火) ※内定者のみ連絡

※ FAX送信時、頭紙・添付書類は必要ありません。申込書のみを送信して下さい。

※ 内定電話連絡の際、2日以上連絡が取れない場合は次の方へ繰り上がる事がありますのでご了承ください。

※ FAX送信後に内容の変更が発生した場合、その旨を記入の上、再度送信して下さい。