



平成29年度保育申込書(キャンセル待ち用)1/2



記入日 平成 年 月 日記入

| | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------|-----------------------|----------|---|------|
| フリガナ | | | 性別 | 生年月日 | | |
| 児童名 | | | 男・女 | 平成 | 年 | 月 日生 |
| 住所 (住民票の住所) | 〒 東京都 区市 | | | | | |
| 入園希望時期 | 平成 年 月 1日 | 在園希望期間 | 平成 年 月 1日 ~ 平成 年 月 末日 | | | |
| 保育希望日 | 週 日 | 月・火・水・木・金 | 土曜日保育 | 無・有 | | |
| 保育希望時間帯 | : ~ : | | 1日 | 時間 | | |
| 保護者氏名 | 父 | | 母 | | | |
| 生年月日 | S・H 年 月 日生 | | S・H 年 月 日生 | | | |
| 勤務先名 | | | | | | |
| 勤務地 | 都・府 区市 道・県 | | 都・府 区市 道・県 | | | |
| 勤務時間帯 | : ~ : | | : ~ : | | | |
| 勤務形態 | 在職・産休育休・求職・その他() | | 在職・産休育休・求職・その他() | | | |
| 電話番号 | | | 優先 順位 | 優先 順位 | | |
| 携帯番号 | | | 優先 順位 | 優先 順位 | | |
| 同居のご家族 (両親・本人 を除く) | 氏名 | 続柄 | 職業・学校名(学年) | | | 備考 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ご署名欄 | 保育申込書の記入内容は事実と相違ありません | | 平成 年 月 日 | | | |
| | 一度納入した料金は、理由にかかわらず返金されないことを了承いたします。 | | 氏名 印 | | | |

確認事項(必ずお読みください)

東京都認証保育所は、東京都内在住で160時間以上の保育を必要とされる方を対象とした施設です。

- ※入園月の1日現在、東京都内に住民票がある方
- ・必要事項を記入の上、ご持参ください。
- ・申し込み用紙に記入された内容が変更になる場合は、失格となる場合がございます。
- ・入園が決まりましたら、入園金と入園月の保育料を指定口座に、お振り込みいただきます。その後契約となります。お振込みをされましたら、お電話でご連絡ください。(一度納入した料金は、理由にかかわらず返金されません。)
- ・キャンセル待ちは1か月毎の登録制となります。
- ・継続をご希望の方は、前月の25日～末日までに継続の有無をご連絡ください。
- ・キャンセル待ちをしている方の中からの書類選考となります。

△食物アレルギーまたは熱性けいれんの欄の”有”しるしを付けた方は別紙①を必ずお読みください。

この申込用紙に記入された内容は、内部資料として利用させていただきます。

知り得た情報は、ご本人様のご了承なしに下記以外の第三者に開示することはありません。

ただし、自治体、児童相談所、保健所等の公共機関からの合法的な開示請求があった場合は、これに応じて開示いたします。

| | | | | | | |
|------|----|----|----|---|---|---|
| 園記入欄 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |

平成29年度保育申込書(キャンセル待ち用) 2/2

健康上の留意点

| | | | | | |
|-----------------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|--------|----------|
| 出生時 | 身長・体重 | cm | g | 出産時の異常 | 無 ・ 有() |
| 予防接種 | BCG ・ 四種混合 ・ ポリオ ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ MR ・ ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ その他() | | | | |
| 食物アレルギー △ 別紙①参照 | 無 | 有 卵 ・ 乳製品 ・ 大豆 ・ 小麦 その他() | | | |
| | | 程度 軽度 ・ 中程度 ・ 厳格な除去 | | | |
| | | エピペン 無 有 | | | |
| 熱性けいれん△ 別紙①参照 | 無 | 有 (最初発作 平成 年 月 日 最終発作 平成 年 月 日) | | | |
| 入院歴 | 無 | 有 | 歳 ヶ月時 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 病名: | | |

ひきつけ・てんかん・アトピー・喘息・癩など、お子様の健康に関しての事をお書きください

保育に関する内容

今までの生活(家庭保育・祖父母・保育ママ・集団保育経験、認可、認証、無認可・一時預かり・児童館の利用経験等)をご記入ください。

保育の必要性等(復職時期、学業、妊娠、介護、病気、ひとり親等)をご記入ください。

ベビーステーションを希望した理由をご記入ください。