

入 所 申 込 書

提出日 令和 年 月 日

香川大学医学部附属病院長 殿

所属・職種

氏 名

保育料の日割り計算ができないため、復帰月の1日としてください。
(実際の入所日は月途中でも可)

入所希望日

令和 〇 年 〇 月 1 日

24時間保育希望

希望します ・ 希望しません

フリガナ
児童名

血液型

性別

男・女

生年月日

年 月 日

現住所

〒

電話番号

自 宅

携 帯

職場内線

家 族 構 成 等

続 柄

氏 名

生年月日

勤務先名称

勤務先電話番号
及び携帯電話番号

勤務時間

本人

入所児童名を記載

〇.〇.〇

空 欄 で 構 い ま せ ん

～

父

〇〇 〇〇

〇.〇.〇

〇〇〇〇

000-0000-0000

00:00～00:00

母

〇〇 〇〇

〇.〇.〇

〇〇〇〇

000-0000-0000

00:00～00:00

兄

〇〇 〇〇

〇.〇.〇

〇〇幼稚園

空 欄 で 構 い ま せ ん

～

緊急時の
連絡先

氏 名

緊急連絡先電話番号

連絡順位

保険証の種類と番号

お子さんの保険証
(生まれていない場合は空欄)

1

通 所 方 法

自家用車・バス・自転車・
徒歩・その他()

2

送 迎 者

父 ・ 母 ・ 祖父母 ・
その他()

3

かかり
つけ医

①

住所

電話番号

②

住所

電話番号

特 記 事 項

令和〇〇年〇〇月〇〇日復帰
育短〇時間／日
他園併願中(いちご第〇希望)

裏面に「自宅」から「いちご保育園」までの略図を記入してください。

※「自宅」から「いちご保育園」までの略図

地図を印刷して貼付して
いただいても構いません