

入 園 申 込 書 （児 童 票）

香川大学医学部附属病院 御中

令和 年 月 日

所属・職種

保護者
氏名

ふりがな		性 別	血液型	生 年 月 日	入園希望日	
児童名		男・女		令和 年 月 日	令和 年 月 日から	
現住所				電 話 番 号	自宅:() - 携帯: -----	

家 族 構 成

続 柄	氏 名(ふりがな)	生年月日	勤務先の名称	勤務先の電話 及び携帯電話	勤務時間
				勤務先: 携 帯:	
				勤務先: 携 帯:	
				勤務先: 携 帯:	
				勤務先: 携 帯:	
				勤務先: 携 帯:	

緊急時の連絡先	氏 名	緊急時の連絡先	自宅からの略図
かかりつけ医			
通所方法	自家用車・自転車・バス・徒歩・その他()		
送迎者			
特記事項			

※ 確 認 欄

受 付 日	責任者印	担当者印	担当者印	備 考

※ 確認欄は、保育所が記入します。