

2024年度 子育て子育て支援センター一時保育ぽっぽ入園申込書

電話 045-914-6272

FAX 045-479-2220

受付番号

登録番号			
入園者氏名	フリガナ( ) (男・女)	生年月日	西暦 年 月 日
住所	(〒 )		
電話番号	自宅・携帯母・携帯父(どれかに○) ☎ ( ) -		
兄弟	無・有( 歳 ヶ月)( 歳 ヶ月)		
食物アレルギー	無・有( )	入園時の月齢	歳 ヶ月
利用希望期間	前期 2024年 月 日 ~ 年 月 日(最大4/1~9/30まで) 後期 2024年 月 日 ~ 年 月 日(最大10/1~2025年3/31まで) 前期、後期どちらでも良い		
コース	時間 4時間・6時間・7時間・8時間	日数	週1日のみ
希望曜日	月・火・水・木・金・いつでも		
8月の利用	通常利用・8月のみ休園		
入園の要件	リフレッシュ・家事育児・子どもの集団生活・兄弟児の療育・兄弟児の用事 通院・就労・求職・就学・社会参加・介護・看護・病気療養 その他( ) ※産前産後の方はご相談下さい(出産予定日 月 日)		
昼食	お弁当または離乳食をご持参下さい		
要件の詳細を お書き下さい			
保護者氏名	(続柄)	受領日	年 月 日 受領者名( )

私は子育て子育て支援センター一時保育ぽっぽの保育方針を理解し、上記の者の入園を申し込みいたします。また、園の規約、規定を遵守し保育者とともに子どもの成長を見守っていくことを希望します。