

転園申込書

※注意事項

- ・転園が内定した時点で、現在在園している保育園には別のお子さんが内定しています。いかなる理由があっても、元の園には戻ることができません。
- ・なお、申込み後に転園の意思がなくなった場合は、必ず申込みを取下げてください。
取下げはお電話では受付けていませんので、必ず「保育所等入所申込取下届」を提出してください。
- ・転園で入所した場合においても、必ずならし保育があるため、入所後すぐの長時間預かりはできません。

年 月 日

(あて先) 鎌倉市長
鎌倉市福祉事務所長

〒 _____
住所 鎌倉市 _____

申請者
(保護者)

(ふりがな) 氏名 _____ (続柄) _____

電話 _____ - _____

上記注意事項を読み、その内容を承諾した上で、下記のとおり転園を申込みます。

申請内容	(ふりがな) 児童氏名	性別	生年月日	R4.4.1 年齢
			男・女	年 月 日
	現在在園されている施設名		希望入所日	
			年 月 日	から
	転園を希望する理由		同時に2人以上申込みの場合	
	<input type="checkbox"/> 転居または勤務先の変更 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が別の園に入所している <input type="checkbox"/> (R4.4希望のみ)地域型保育所または プレップおおぞら保育園の2歳児クラスに在籍している <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 同時に同じ園でのみ希望する(それ以外は入園を辞退し、待機する) <input type="checkbox"/> 同時に転園することを優先し、兄弟で異なる園でもよい <input type="checkbox"/> 1人だけでも転園できればよい	
	具体的に		具体的に	
同居の家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先等
		父	. .	
		母	. .	
			. .	
			. .	
			. .	

希望保育内容 (希望施設が5以上ある場合は別紙(様式任意)に記入し、添付してください。)

希望施設	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望
	見学 (済・未)		見学 (済・未)	
		見学 (済・未)		見学 (済・未)

- (注) 1. 保育所等入所に当たり、入所要件の確認及び保育料算定のため必要事項を調査する場合があります。
 2. この申込書は入所希望日の属する年度の年度末(3月末)まで有効です。
 3. 記載内容に事実との相違があった場合、入所が取り消しとなる場合があります。

裏面あり

児童調査票

フリガナ 児童名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
-------------	--	----	-----	------	-------

該当する□にチェックしてください。

出産時の状況	出生歴	第 子	胎児週	週	分娩	正常分娩 その他()
	身長	cm	出生体重	g	頭囲	cm 胸囲 cm
保育(入所)経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳 ヶ月頃 ~ 歳 ヶ月頃まで) 園名 ()					
乳幼児健診	<input type="checkbox"/> 受診した (<input type="checkbox"/> 4ヶ月 <input type="checkbox"/> お誕生日前(10~12か月) <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月) 様子を見るように言われたことなどはありますか。() <input type="checkbox"/> 受診していない					
発達・発育	発達・発育に関して、相談したり、助言を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (相談先) (相談・助言の内容)					
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他 ()					
病気・持病・障害	現在(過去)に定期的な通院や入院をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 通院歴 歳 ヶ月頃 (<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回程度) 入院歴 歳 ヶ月頃 (入院期間 日間) (病名 病院名)					
	持病や治療中の病気はありますか。(ぜんそくや心臓疾患、熱性痙攣など) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名 () 症状 ()					
	現在、服薬をしていますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (回数 ___回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前) (くすりの名称)					
	障害者手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (級)(障害名)					
	療育手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2)					
	アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アレルギーの原因となるもの () 受診はしましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名) 症状及び必要な対応を詳しく記入してください。					
その他	入園にあたり、お子さまの健康や発育について気になることをお書きください。					

※ 診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。