

入園申込書

申込日 平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
児童氏名		男 ・ 女	平成 年 月 日	歳 (ヶ月)
自宅住所	〒 自宅 TEL _____ E-mail _____			
保護者氏名	父	生年月日 S・H 年 月 日	母	生年月日 S・H 年 月 日
緊急連絡先	続柄 () 氏名 連絡先		続柄 () 氏名 連絡先	
保育経験	初めて 認可保育園 幼稚園 託児所 (認可外保育園) その他 ()			
当園を知ったきっかけ	公式 HP・SNS 託児所ナビ チラシ 紹介 () その他 ()			

※緊急連絡先は必ず連絡が取れるようお願い致します。

LINE ID _____

お子様について

愛称		血液型	型 (RH + ・ -)
平均体温	℃	兄弟	
排便	一人で できる・できない・時々 ・トレーニング中		
離乳食	期 回食 (時 時 時)	授乳	Cc 時間おき
好きな遊び			
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康である (あまり病気をしない) <input type="checkbox"/> 持病などで通院している <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 常用している薬がある <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれやすい <input type="checkbox"/> ぜんそくを起こしやすい <input type="checkbox"/> ひきつけを起こす <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 便秘になりやすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい (部位: _____) <input type="checkbox"/> じんましんができやすい (原因 _____) <input type="checkbox"/> アトピー性 (皮膚炎・ぜんそく) がある <input type="checkbox"/> アレルギーがある (原因 _____) <input type="checkbox"/> 食物アレルギーがある (_____) <input checked="" type="checkbox"/> 目の様子 (異常なし ・ 近視 ・ その他 _____) <input checked="" type="checkbox"/> 耳の様子 (異常なし ・ 耳疾患の既往症 _____) <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い		
<p>お子様の健康上のことや性格等で、特に気を付けて欲しいことがありましたらご記入下さい。</p>			

ご契約にあたってのご了承事項とお願い

1. お子様に伝染病などの疑いがある、または 38℃以上の熱がある場合はお預かりをお断りすることがございます。
2. お預かり時にはお子様の健康保険証、医療証、母子手帳をお持ち下さい。
また、保護者の方の身分証明書のコピーを一部ご提出ください。
3. 勤務先や連絡先に変更が生じた際は必ずお知らせください。
4. 保護者以外の別の方がお迎えに来る場合は、必ず保護者の方が当園にお知らせください。
また、その際はお迎えに来る方の身分証をご提示ください。
5. お子様が当園で責すべき事故を負った場合は、当園が加入する保険の規定範囲内で賠償致します。
ただし、お子様に持病がある場合や持参したお弁当・おやつが原因の食中毒などの場合は責任を負いかねます。
6. 保育料は降園時に精算くださいますようお願い申し上げます。
なお、一度納入頂いた保育料はいかなる理由があっても返却は致しかねます。
7. お子様の身体状況により入園をお断りする場合がございます。
8. 月極保育料は前月末日までに翌月分を現金にて当園にお支払いください。
なお、月末までにお支払いがない場合はお支払いいただくまで一時預かり料金にて保育料を計算し、保育料は日払いでお支払いいただきます。
9. 月極コース変更は毎月 20 日までにお知らせください。
10. 月極退会は 2 か月前までにお手続きください。
11. 緊急時の対応について。

当園には提携医療機関は御座いません。保育中に容体の変化等があった場合はあらかじめ保護者が指定した連絡先へ連絡をし、当園にて下記医療機関で受診を致します。

医療機関名	所在地	電話番号
日本赤十字社医療センター	渋谷区広尾 4-1-22	03- (3400) -1311
東京都立広尾病院	渋谷区恵比寿 2-34-10	03- (3444) -1181
南青山おおつかクリニック	港区南青山 4-9-17	03- (5786) -3288
順子内科クリニック	港区西麻布 3-17-20-2 階	03- (5772) -2353

上記内容に同意し、契約を締結いたします。

保護者氏名 _____ 印

東京キッズランド _____ 印