

入園申込様式1

法人代表	保育責任	連加職員	受付者

申込日
 年 月 日

企業主導型保育事業(健生ナーサリー・健生キッズベア)入園申込書

有限会社 健生メディカルコーポレーション殿

下記の通り保育園への入園(1.単願 2.併願)を申し込みます。※必要事項を記載および○で囲みください。

保護者	職 種		所属先	()
	住 所	〒 -		従業員区分
	フリガナ		電話番号(自宅)	1.正規職員 2.非正規職員
	氏 名			日中連絡先(携帯番号等)

フリガナ		続 柄		H・R	年 月 日生
入園者氏名			生年月日	(歳 ヶ月)	

利用希望区分	1.従業員枠(共同利用法人枠) 2.地域枠(一般枠) ①月極保育(定期) ②月極め(不定期)
--------	--

保育の実施を希望する期間	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 満3歳を超えた最初の年度末まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月末日まで
--------------	-------------	---

保育の実施を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 産後休暇・育児休暇からの復職のため [復職予定日: 令和 年 月 日] <input type="checkbox"/> 保護者の就職、勤務異動のため <input type="checkbox"/> 通常通っている保育園・幼稚園の休み等に対応するため [園名:] <input type="checkbox"/> 配偶者(専業主婦)の急病等への対応のため (一時保育、病児保育のみ) <input type="checkbox"/> その他(具体的に):
---------------	--

他の保育園への申込状況	<input type="checkbox"/> 認可保育園、小規模保育、認定こども園、幼稚園等申込予定 [園名:] <input type="checkbox"/> 無認可保育園に申込予定 [園名:] <input type="checkbox"/> 他園への申込はしていない (単願)
-------------	--

区 分	フリガナ		続 柄	年 齢	性別	同居・別居	就労先・通学(園)先
	氏 名						
※入園希望児の番号に○	1		世帯主		男・女	同居・別居	
	2				男・女	同居・別居	
	3				男・女	同居・別居	
	4				男・女	同居・別居	
	5				男・女	同居・別居	
	6				男・女	同居・別居	
	7				男・女	同居・別居	

企業主導型保育事業(健生ナーサリー・健生キッズペア)入園申込書入園申込副書

保護者氏名	入園者氏名	生年月日	H・R	年	月	日生
-------	-------	------	-----	---	---	----

配偶者の状況			同居親族の状況			
働いている場合	労働形態	常勤・パート・自営(自宅・自宅外) 内職・その他()	氏名	労働形態	常勤・パート・自営(自宅・自宅外) 内職・その他()・無職	
	事業所名称			事業所名称		
	事業所在地		仕事の内容		就労日数 (1ヶ月平均)	日
	仕事の内容		続柄	現在の状況等	病気(入院中・自宅療養中)・心神障害看護・要介護・就職内定・求職中 専業主婦・出産・産休中年・育休中 出産予定:有・無(年 月 日)・その他	
	就労日数	1ヶ月平均 日				
働いていない場合	現在の状況	出産・病気(入院中・自宅療養中) 心身障害・看護・要介護・就職内定 求職中・専業主婦・その他()	氏名	労働形態	常勤・パート・自営(自宅・自宅外) 内職・その他()・無職	
	産休・育休の状況	産休中(~ 年 月 日) 育休中(~ 年 月 日) 出産予定:有(予定日 年 月 日)・無		事業所名称		
			仕事の内容		就労日数 (1ヶ月平均)	日
			続柄	現在の状況等	病気(入院中・自宅療養中)・心神障害看護・要介護・就職内定・求職中 専業主婦・出産・産休中年・育休中 出産予定:有・無(年 月 日)・その他	

児童の状況	
保育状況	1. 自宅で見ている 保育者名: _____ 児童との続柄: _____
	2. 次の所に預けている 保育者または保育所名: _____ 保育時間 午前 _____ : _____ ~ 午後 _____ : _____
	3. その他(具体的に): _____
健康状態	1. 病歴(無・有) 病名: _____ (年 月 日頃)
	2. 入院歴(無・有) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 (歳 ヶ月) 病名: _____ 入院先: _____ その後の経過: _____
	3. アレルギー(無・有) アレルゲン物質 _____ 症状、除去食等 _____
	4. 乳幼児検診受診状況 ・3ヶ月児健診(受診・未受診) ・1歳6ヶ月健診(受診・未受診)
	5. 予防接種接種状況(接種済みに○)・BCG・ポリオ ・3種混合・MRワクチン・日本脳炎 ・その他()
	6. 健康上あるいは発達上、気になることがあったら記入してください。