|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 1.正規職員　　　2.非正規職員 |
| フリガナ |  | | 電話番号（自宅） | 日中連絡先（携帯番号等） |
| 氏 名 |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | 続 柄 | 生年月日 | | | H ・R　 　 　　年 月  （ 　　　　歳 　　ヶ月） | | | 日生 |
| 入園者氏名 | | |  | |  |
| 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 | | | □  □ | 満3歳を超えた最初の年度末まで  令和　 　　　年　　 月末日まで | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 保育の実施を必要とする 理由 | | | □ | 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 ] |
| □ | 保護者の就職、勤務異動のため | |  |  |  | |  |  | |
| □ | 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 ： | | | | | | | | ] |
| □ | 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) | | | | | | | | |
| □ | その他（具体的に）： |  |  |  |  | |  |  | |
| 他の保育園への申込状況 | | | □ | 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 ： | | | | | | | | ] |
| □ | 無認可保育園に申込予定　　　　　　　　　　　[ 園名 ： | | | | | | | | ] |
| □ | 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 | |
| 家族構成  　※  　　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・健生キッズベア）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 ） | 氏名 | 労働形態 | 常勤 ・ パート ・ 自営（ 自宅 ・ 自宅外 ） | | | | |
| 内職 ・ その他（ ） |  | 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 | | | | |
| 就労日数 | 1ヶ月平均 日 |  | 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 | | | | |
| 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 ） | 氏名 | 労働形態 | 常勤 ・ パート ・ 自営（ 自宅 ・ 自宅外 ） | | | | |
| 心身障害 ・ 看護 ・要介護 ・ 就職内定 |  | 内職 ・ その他（ |  | | ）・無職 | |
| 求職中 ・ 専業主婦 ・ その他（ ） | 事業所名称 |  | | | | |
| 産休・育休の状況 | 産休中 （ ～ 年 月 日 ） | 仕事の内容 |  | | 就労日数  （1ヶ月平均） | | 日 |
| 育休中 （ ～ 年 月 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 | | | | |
| 出産予定 : 有 （予定日 年 月 日）・ 無 |  | 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 ： まで** |  |
| 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。 | | | | |