平成三十一年度

薬師寺幼稚園　チャイルド入会申込み（1歳）

受付年月日	年　　月　　日	受付番号	

幼児名	ふりがな	希望コース	性別	続柄
		月　木　金	男　・　女	・長男 ・次男 ・三男 ・長女 ・次女 ・三女
生年月日	平成　　年　　月　　日　生まれ			
保護者氏名	ふりがな			
現住所	〒 自宅電話番号：　　携帯番号（所有者：　　）			
要望事項	食物アレルギーの有無　有　・　無　（有の方はお書きください。：　　）			
園との関係	在園児がいる場合は、学級名と在園児名 卒園児がいる場合は、卒園年度と卒園児名			

ご家族	続柄	お名前	生年月日
	父		
	母		
	祖父		
	祖母		

◎園から貴家までの略図
（貴家周辺の目印となる建物や道路を、
分かりやすくご記入ください。）

上記の通り チャイルド組（1歳）を申し込みます

学校法人内木学園 薬師寺幼稚園　園長 内木秀雄殿

平成　　年　　月　　日
保護者氏名　　印

ご記入頂いた個人情報は、園児名簿作成・バスルート作成・緊急連絡網の作成・個人面談および教育・保育のために活用させて頂きます。尚、個人情報は、個人情報保護法に基づいて適正に管理致します。