

平成三十年度

薬師寺幼稚園 チャイルド入会申込み(2歳後期)

受付年月日 年 月 日 受付番号

幼児名	ふりがな			性別	続柄
				男 ・ 女	・長男
生年月日	平成 年 月 日 生まれ				・次男 ・三男
保護者氏名	ふりがな				・長女 ・次女
現住所	〒				・三女
	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			◎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。)	
ご家族	続柄	お名前	生年月日		
	父				
	母				
	祖父				
	祖母				

上記の通り チャイルド組(2歳後期)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・教育・保育のために活用させていただきます。
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。