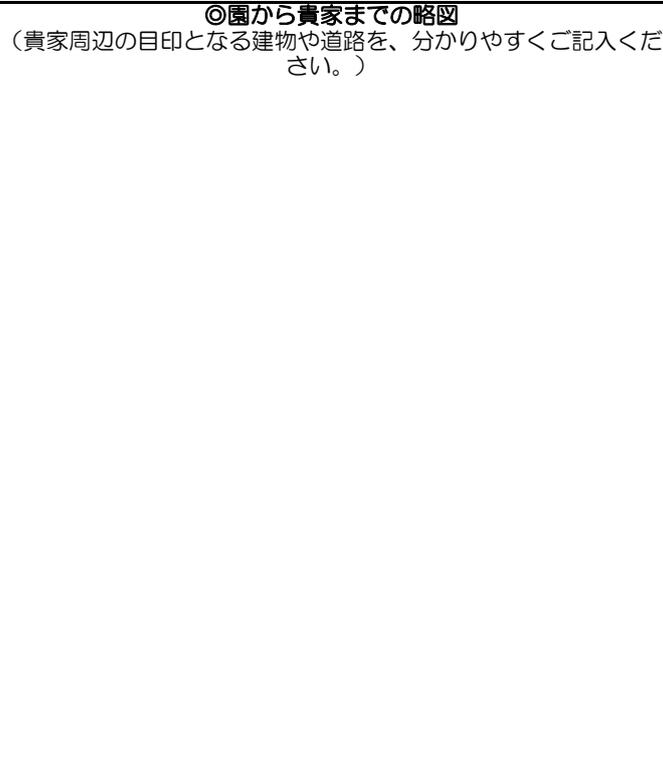


令和6年度
薬師寺幼稚園・第二薬師寺幼稚園 チャイルド入会申込み

受付年月日 年 月 日 受付番号

幼児名	ふりがな			性別
				男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日			
保護者氏名	ふりがな			
現住所	〒			
電話番号	・自宅 ・携帯 (続柄 父・母・その他) ・携帯 (続柄 父・母・その他)			
要望事項	食物アレルギーの有無 有 ・ 無 (アレルギー:			
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	ふりがな お名前	生年月日	
	父			
	母			

上記の通り
【 薬師寺幼稚園 ・ 第二薬師寺幼稚園 】の
2歳児後期 チャイルドを申し込みます

※ご希望の方を○で囲んでください
学校法人内木学園 認定こども園 薬師寺幼稚園・第二薬師寺幼稚園
園長 内木大輔殿

令和 年 月 日

保護者氏名

印