蛍池文化幼稚園　ファミリークラス入会申込書

園児名	生年月日	平成　　年　　月　　日	クラス
ふりがな（　　）	性別	男 ・ 女　　血液型　　型 RH（＋・－）	組

家　族　氏　名	続柄	年齢	勤務先☎/ 学校など

ファミリークラスを希望する理由

配慮を要すること

かかりつけの医院・病院名（小児科 / クリニック）

健康保険証番号・記号	被保険者氏名

病院での治療が必要と思われるけがをしたとき、保護者に連絡がとれない場合の処置

①最寄りの病院で手当をする
②かかりつけの医院 / 病院で手当をする
③保護者との連絡がとれるまで、園の応急処置で対応する
④その他の処置
（　　）

保育希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 不定期（　　）

緊急連絡先（同居家族以外）	（ふりがな） 氏　名	関係	電話番号	
			携帯番号	

蛍池文化幼稚園園長　殿

上記の通りファミリークラスに入会の申込みをいたします。

平成　　年　　月　　日　　保護者名

住　　所

自　宅☎　　携　帯☎

勤務先☎　　連絡先名