

# 転園申込書

(宛先)港区福祉事務所長

年 月 日申請						
保護者	フリガナ				子どもとの続柄	父・母・( )
	氏名					
	住所	港区			自宅電話	
					携帯電話	
対象の子ども	フリガナ	生年月日	年齢	在籍園	備考	
	氏名					
		年 月 日				
		年 月 日				
転園を希望する期間		平成 年 月 から年度末まで				
転園を希望する保育所名	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望	
兄弟姉妹で同時に申請する場合、希望するものにチェックしてください。 (新規申請・転園申請含む)		① <input type="checkbox"/> 同時に同じ園を利用できる場合のみ希望する。				
		② <input type="checkbox"/> 同時なら別々の園でも希望する。 <input type="checkbox"/> ただし、希望下位の園にすることで同じ園になるのであれば、同じ園を希望する				
		③ <input type="checkbox"/> 一人だけ入園できる場合でも入園を希望する。 <input type="checkbox"/> ただし、希望下位の園にすることで同時に利用できるときは、同じ園を優先する <input type="checkbox"/> ただし、別々の園にすることで同時に利用できるときは、希望順位を優先する。				
<b>【転園に関する確認事項】</b> 確認事項をお読みになり、左端の□にチェックの上、ご署名をお願いします。						
<input type="checkbox"/> この転園申込書はお申込みいただいた年度の末日まで有効です。 翌年度も引き続き転園を希望する場合は、各申込締切日までに再度申し込みが必要です。						
<input type="checkbox"/> 申込書提出後は毎月の利用調整会議の対象となります。 転園が内定しましたら、元の園に戻ることはできませんのでご注意ください。						
<input type="checkbox"/> お子さんの様子について、在園している園から転園先の園に情報提供することがあります。						
<input type="checkbox"/> 保護者の産前産後休暇中及び育児休業中は、転園できません。						
以上の事項について同意いたします。 保護者署名 _____						
<b>【お子さんの健康状態】</b> 各項目について該当する□にチェックをしてください。						
1 慢性的な病気のことで、相談している病院や施設はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない あると回答した方						
相談している病院・施設名 【 _____ 】						
診 断 名 【 _____ 】						
症 状 【 _____ 】						
服 薬 【 1日 _____ 回 朝・昼・夜 _____ 】						
2 言語や身体の発達上、気になることがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
3 アレルギー等がありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
あると回答した方						
何に対してのアレルギーですか？ 【 _____ 】						
ショック症状を起こしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
服 薬 名 【 _____ 】						