

ARINKOMURA 入園申込書

ご記入日 年 月 日

ふりがな		年 齡	性 別	生年月日
お子さんのお名前		歳 ヶ月	男・女	平成 年 月 日
保護者のお名前		歳	続 柄	
ご 住 所	〒 - 茨城県 市町 村郡			
電 話 番 号	自宅 ()		携帯 ()	
携帯アドレス	@			
那珂キッズクリニック小児科診察券番号				
契約希望種別	<input type="checkbox"/> 月極め保育 <input type="checkbox"/> 一時預かり保育			
保育希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
保育希望時間	AM 時 分 から PM 時 分			

ご家族（お子様と同居の方のみご記入ください）

お子様の似顔絵

お 名 前	続 柄	年 齡	勤務先・学校
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	

お子様のPR

入園をされる理由