

転園申込書

(提出先) 平塚市長

令和 年 月 日

保護者	住所	連絡先 (父・母・自宅) — —
	フリガナ 氏名	
児童	フリガナ 氏名	在園施設名
	生年月日 令和 年 月 日	

1 転園希望施設名

第1希望	見学済/未/未定	第6希望	見学済/未/未定
第2希望	見学済/未/未定	第7希望	見学済/未/未定
第3希望	見学済/未/未定	第8希望	見学済/未/未定
第4希望	見学済/未/未定	第9希望	見学済/未/未定
第5希望	見学済/未/未定	第10希望	見学済/未/未定

2 転園希望時期

令和 年 月から

3 転園希望理由

4 同時に2人以上の申込をする場合に記入してください。

- (1) 同時に転園ができない場合 一人だけでも転園を希望する 転園を希望しない
(2) 別々の施設に内定した場合 別々の施設でも転園を希望する 転園を希望しない

保護者署名欄	転園が内定した場合、現在の在園施設は継続利用できないことについて同意します。 令和 年 月 日 保護者氏名
--------	--

※平塚市処理欄

受付			
令和 年 月 日 (受付者)			
システム入力		保育料	
/	/	/	/
入所日		施設コード	入所保育所等
令和 年 月 1 日			
内定連絡		辞退	取下げ 入力者
/			

--

【申込児童の健康調査】 該当する にチェック及び記入をしてください。

ご記入された内容は、利用されている発育・発達に関する相談室や教室等と情報を連携し、保育所等へ提供することがあります。

申込児童氏名 (フリガナ)	()	生年月日	令和	年	月	日
成育歴について	【出生時の状況】 <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 早産 () か月 【身長・体重】 出生時：身長 () cm 体重 () g 現在：身長 () cm 体重 () kg					
乳幼児健診について	<input type="checkbox"/> 受診済み ⇒ ※受診済みの健診にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 未受診 (<input type="checkbox"/> 1か月児健診 <input type="checkbox"/> 4か月児健診 <input type="checkbox"/> 8~10か月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診) <input type="checkbox"/> 3歳児健診 【健診時の指摘事項】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ※ありの場合は下記に指摘内容を記入してください。 ()					
発育・発達等について	【首のすわり】 () か月頃 【歩行の開始】 () か月頃 【発語】 <input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> なんでも話せる					
発育・発達に関する相談歴について	<input type="checkbox"/> 相談歴なし <input type="checkbox"/> 相談歴あり ⇒ ※下記に詳細を記入してください。 【いつ】 () か月頃 【相談機関等】 (<input type="checkbox"/> こども発達支援室 くれよん <input type="checkbox"/> 児童発達支援 (事業所名：)) <input type="checkbox"/> その他の支援教室等 (教室名：) 主催：)) <input type="checkbox"/> 現在も利用を継続している 【利用状況】 週・月 回 <input type="checkbox"/> 現在は利用していない					
健康状況について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 持病・治療中の病気がある ⇒ ※下記の該当する <input type="checkbox"/> にチェック及び詳細を記入してください。 <input type="checkbox"/> ぜんそく ※服薬 1日 回/朝・昼・晩・就寝前・発作時 薬の名前： <input type="checkbox"/> 心臓疾患 ※服薬 1日 回/朝・昼・晩・就寝前・発作時 薬の名前： <input type="checkbox"/> 熱性けいれん ※いつごろありましたか？ () 歳頃 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他 ()					
かかりつけの医療機関	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 医療機関名： 通院頻度： 週・月・年 回					
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ※下記に詳細を記入 (<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 甲殻類 (えび・かに) <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 ()) <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他 ()					
除去食について	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり ⇒ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 宗教上の理由 制限されている食べ物 () ※除去内容によっては、対応できない場合もあります。事前に必ず入所希望保育所等にご確認ください。					
障がいの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> 交付申請中 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳)					
自由記入欄 (※上記で記入した内容について、入園後、施設側で配慮が必要なことがある場合は必ず詳細についてご記入ください。)						