

# 事業所内保育園利用申請書

【IQキッズ うとシティモール保育園】		記入日	令和 年 月 日	保育園記入欄
利用開始	令和 年 月 日 ~	希望プラン	月極保育 ・ 一時保育	プラン 歳児
ふりがな		生年月日	性別	他の保育施設在籍経験
園児氏名		平成 年 月 日(満 歳)	男 ・ 女	有 ・ 無 年 ヶ月 施設名:
現住所	〒 - 自宅電話 ( ) -		他保育施設の申込状況 併願申請あり(決定 月 日頃) ・ 併願なし	

緊急連絡先（記入必須） 上段から連絡優先順で

(優先1) 保護者	ふりがな	園児続柄	勤務先名称	例: 宇土シティモール
	氏名		所属 (もしくは住所)	例: OOマート (テナント名)
	携帯電話番号	( ) -	内線	
(優先2) 保護者	ふりがな	園児続柄	勤務先名称	
	氏名		勤務先住所	
	携帯電話番号	( ) -	勤務先電話番号	( ) -

お子様の保育に関して健康上注意すべき点があればご記入ください。

平熱	℃	食物アレルギー	有・無	その他アレルギー	有・無	既往症	有・無
呼吸心疾患	有・無	ひきつけ	有・無	※各項目「有」にチェックがある場合は下欄に詳しくご記入ください。			
現在の食事状況	普通食	離乳食					

ご両親以外で緊急連絡可能な方があればご記入をお願い致します。

その他 連絡先	ふりがな	園児続柄	勤務先名称	・なし
	氏名		勤務先住所	・なし
	携帯電話番号	( ) -	勤務先電話番号	( ) -

## 誓約書

保育園の利用に際して、上記の記載事項が事実と相違ない事、万が一相違の事実が判明した際、事実判明した当月末、本児が退園となっても、それに同意することを署名して誓約致します。

ご署名  
(保護者代表) .....

印

# 身体発育記録

記入年月日      年    月    日

授乳について										
※乳児の方のみご記入ください										
			哺乳		母乳			混合		
規則授乳（                      ）時間毎 ・ 不規則授乳（一日                      回位）										
概往症歴（病名）		予防接種歴								
突発性発疹	才	B型肝炎	1回目	才	2回目	才	3回目	才	BCG	才
麻疹（はしか）	才	ヒブ	1回目	才	2回目	才	3回目	才	麻疹風疹	才
風疹	才	肺炎球菌	1回目	才	2回目	才	3回目	才	日本脳炎	才
水痘	才	4種混合	1回目	才	2回目	才	3回目	才	おたふくかぜ	才
		水痘	1回目	才	追加	才				
		ポリオ	1回目	才	追加	才				
体質特徴 該当するものに○を										
お腹をこわしやすい		結膜炎		吐きやすい			ひきつけをおこしやすい			
扁桃腺になりやすい		中耳炎		喉に物をつめやすい			気管支が弱い			
脱臼しやすい		熱が出やすい		鼻血がでやすい			便秘になりやすい			
じんましん		湿疹		皮膚が弱い			アトピー性皮膚炎			
かかりつけ医院 病院名：					電話番号（                      ）			-		
かかりつけ医院 病院名：					電話番号（                      ）			-		

2019年度版

カリート担当者	保育園担当者
印	印
年 月 日	年 月 日