

川越市児童発達支援センター入園申込書

令和 年 月 日

(提出先) 川越市児童発達支援センター所長

記入者氏名

児童との続柄()

下記のとおり、入園を希望するので申し込みます。

記

(フリガナ) 児童氏名			生年月日		性別	
			H/R (歳	年 月 日生 ヶ月)	男 ・ 女	
連絡先	住所 〒350- 川越市		電話番号			
			自宅	優先1 ・ 2 ・ 3		
			携帯()	優先1 ・ 2 ・ 3		
			携帯()	優先1 ・ 2 ・ 3		
家族構成	フリガナ 氏名 (申込児童を除く)	続柄	生年月日	職業・学校等	お休みの曜日	健康状態
			S/H/R 年 月 日			良好 ・ その他
			S/H/R 年 月 日			良好 ・ その他
			S/H/R 年 月 日			良好 ・ その他
			S/H/R 年 月 日			良好 ・ その他
			S/H/R 年 月 日			良好 ・ その他
			S/H/R 年 月 日			良好 ・ その他
第1希望	☐ 通園あけぼの(単独) ☐ 通園あけぼの(親子 らっこ組) ☐ 通園ひかり(単独) ☐ 通園ひかり(親子) ＊お子様の状況等により、必ずしも保護者様のご意向に添えない場合もあります。					
	第2希望 ☐通園あけぼの(単独) ☐通園あけぼの(親子) ☐通園ひかり(単独) ☐通園ひかり(親子) ☐その他の施設					
＊ 所属している幼稚園、または保育園等 ☐ 幼稚園 () ☐ 保育園 () ☐ その他 ()						
＊自由記入欄(面談で話されたこと以外に伝えたいことがありましたら、ご記入ください)						