

㊟入所申込書（・送迎者登録カード・健康診断書・健康調査書）

保護者記入用紙月極・一時預かり入所時提出

私（保護者氏名）は、（保育所名）立川駅前保育所りあんじゅへ入所を申し込みます。

なお、万一、保育管理下中に於けるケガ発生時は、保護者に代わり保育所に医療機関選定及び受診を一任します。

株式会社アスタプロント殿申込年月日平成 年月日（フリガナ）		児童生年月日平成年月日	
児童氏名 （男・女）		いつも呼んでいるお名前	
血液型			
住所〒			
（フリガナ）		保護者生年月日年月日	
保護者氏名	続柄	TEL（自宅）	
（携帯電話）			
住所〒			
勤務先名			
勤務先住所〒			
勤務先電話番号			

家族構成

家 族 構 成	続柄	氏名	生年月日	携帯電話	勤務先等	勤務先電話番号

ご契約内容

一、お子様に伝染病などの疑いがある場合、または朝の時点で37.5度以上の熱がある場合はお預かりすることができません。

一、お子様が病気その他の理由で体調が思わしくない場合は、原則としてお預かりできません。

ただし医師の診断書がある場合は、同意書を提出していただいた上でお預かり致します。

一、月極の保育料に関しましては、毎月末までに翌月分をお振込みください。

理由なく保育料を滞納された場合、保育料5%加算、もしくはお預かりをお断りすることがあります。

一、退所される場合は、前月の25日までにまでにお申し出ください。

お支払いいただいた保育料の返金はありませんので予めご了承ください。

一、当保育所の規則を守っていただけない場合は退園扱いにさせていただく場合があります。※その際は保育料などの返却は一切致しません。

※別紙にてご契約プランとご契約料金をご確認の上、の記入をお願いします。

※月極コースは週あたりの日数をご指定下さい。

※ご契約前月15日までに入所申込書（本紙）を提出お願い致します。

月極コース・週6・週5・週4

延長保育・週6・週5・週4

一時預かりコース

契約開始年月日～契約終了年月日

上記の内容に同意し、契約を締結いたします。

平成 年 月 日

保護者住所

保護者氏名[㊞]

保育所住所東京都立川市柴崎町2-2-7加賀屋南口ビル1階

事業所名株式会社アスタプロント代表取締役前田健一[㊞]

保育所名立川駅前保育所りあんじゅ施設長前田尚子[㊞]

㊫送迎者登録カード

保護者記入用紙月極・一時預かり入所時提出

年月日記入

☐連絡先・送迎者に変更がある場合は必ずご連絡下さい。

☐裏面に「保険証コピー」をのり付して下さい。(フリガナ)		平成 年 月 日生まれ	
児童氏名 (男・女)		TEL	
住所〒			
緊急連絡 ①②③順 ※空欄禁止	①氏名	関係	TEL携帯
②氏名	関係	TEL携帯	
③氏名	関係	TEL携帯	

登録したい送迎者

氏名氏名氏名氏名 (写真貼付)	(写真貼付)	(写真貼付)	(写真貼付)
--------------------	--------	--------	--------

登録したい送迎者

氏名氏名氏名氏名 (写真貼付)	(写真貼付)	(写真貼付)	(写真貼付)
--------------------	--------	--------	--------

㊫健康診断書

保護者記入用紙月極入所時提出

▶保護者事前記入欄(フリガナ)	平成年月日生まれ
児童氏名 (男・女)	TEL
住所〒	

・今までにかかったことのある病気(該当するものに✓印)

1. 心臓病 2. 腎臓病 3. 肝臓病 4. 髄膜炎 5. ぜんそく 6. 自家中毒症 7. 麻疹 8. 風疹 9. 水痘 10. おたふくかぜ 11. 百日咳 12. 溶連菌感染症 13. 中耳炎

14. 結核 15. 川崎病 16. 肺炎 17. ヘルニア 18. 脱臼

19. その他 ()

・予防接種の済んだもの(該当するものに✓印)

小児麻痺(ポリオ) I・II 日本脳炎(基礎・追加) おたふくかぜ

BCG MRワクチン(麻疹・風疹混合) I・II

百日咳・ジフテリア・破傷風(I 1・I 2・I 3・II) 水ぼうそう インフルエンザ
その他

▶医師記入欄

身長 cm 体重 kg 胸囲 cm 尿検査

特記事項・その他所見

上記診断の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関所在地

名称

医師名㊫

※入所時に母子手帳持参のうえ、健康診断を受けてください。