

# 入園申込書兼児童表

はなまる保育園

年 月 日記入

|          |       |                              |            |      |         |
|----------|-------|------------------------------|------------|------|---------|
| ふりがな     |       |                              |            |      |         |
| 児童名      |       |                              |            |      |         |
| 生年月日     |       | 血液型                          | 性別         | 愛称   |         |
| 年 月 日生   |       | A ・ B ・ O ・ AB<br>(RH + ・ -) | 男 ・ 女      |      |         |
| ふりがな     |       |                              | 自宅<br>電話番号 |      |         |
| 保護者氏名    |       |                              |            |      |         |
| 住 所      | 〒     |                              |            |      |         |
| 第一緊急連絡先  |       | 氏名 (続柄: ) 電話番号               |            |      |         |
| 第二緊急連絡先  |       | 氏名 (続柄: ) 電話番号               |            |      |         |
| 第三緊急連絡先  |       | 氏名 (続柄: ) 電話番号               |            |      |         |
| 家 族 構 成  |       |                              |            |      |         |
| 氏名(ふりがな) | 続柄    | 生年月日(才)                      | 勤務先又は通学先   |      | 勤務先電話番号 |
|          |       | 年 月 日( 才)                    |            |      |         |
|          |       | 年 月 日( 才)                    |            |      |         |
|          |       | 年 月 日( 才)                    |            |      |         |
|          |       | 年 月 日( 才)                    |            |      |         |
|          |       | 年 月 日( 才)                    |            |      |         |
|          |       | 年 月 日( 才)                    |            |      |         |
|          |       | 年 月 日( 才)                    |            |      |         |
| かかりつけ医院  |       |                              |            |      |         |
| 病院名・住所   |       |                              | 診療科目       | 電話番号 |         |
| 病院名      |       |                              |            |      |         |
| 住 所      |       |                              |            |      |         |
| 病院名      |       |                              |            |      |         |
| 住 所      |       |                              |            |      |         |
| 従業員枠     | 正仁会職員 | 恵正会職員                        | 地域枠        |      |         |
| 利用日      |       |                              | 利用時間       |      |         |
| 入園年月日    |       |                              | 退園年月日      |      |         |

※児童表は、記載内容の変更確認のため毎年度ご記入いただきます。

[illegible]



児童名

はなまる保育園

| 予防接種     |                                   |        |     |     |     |     |     |     |        |     |     |
|----------|-----------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|
| 定期<br>接種 | 小児用肺炎球菌                           |        | 1回  | 年 月 | 2回  | 年 月 | 3回  | 年 月 | 追加     | 年 月 |     |
|          | B型肝炎                              |        | 1回  | 年 月 | 2回  | 年 月 | 3回  | 年 月 |        |     |     |
|          | ロタウイルス                            | ロタリックス | 1回  | 年 月 | 2回  | 年 月 |     |     | } どちらか |     |     |
|          |                                   | ロタテック  | 1回  | 年 月 | 2回  | 年 月 | 3回  |     |        |     |     |
|          | ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ<br>(五種混合) |        | 第1期 | 1回  | 年 月 | 2回  | 年 月 | 3回  | 年 月    | 追加  | 年 月 |
|          | 五種混合以前の場合はこちらを記入                  |        |     |     |     |     |     |     |        |     |     |
|          | ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ(四種混合)        |        |     | 1回  | 年 月 | 2回  | 年 月 | 3回  | 年 月    | 追加  | 年 月 |
|          | インフルエンザ <sup>*</sup> 菌b型(Hib)     |        |     | 1回  | 年 月 | 2回  | 年 月 | 3回  | 年 月    | 追加  | 年 月 |
|          | BCG                               |        |     | 1回  | 年 月 |     |     |     |        |     |     |
|          | 麻しん・風しん混合(MRワクチン)                 |        |     | 1期  | 年 月 | 2期  | 年 月 |     |        |     |     |
| 水痘       |                                   |        | 1回  | 年 月 | 2回  | 年 月 |     |     |        |     |     |
| 日本脳炎     |                                   | 第1期    | 1回  | 年 月 | 2回  | 年 月 | 追加  | 年 月 |        |     |     |

|          |         |  |    |     |    |     |  |     |  |     |
|----------|---------|--|----|-----|----|-----|--|-----|--|-----|
| 任意<br>接種 | おたふくかぜ  |  | 1回 | 年 月 | 2回 | 年 月 |  |     |  |     |
|          | インフルエンザ |  |    | 年 月 |    | 年 月 |  | 年 月 |  | 年 月 |
|          |         |  |    | 年 月 |    | 年 月 |  | 年 月 |  | 年 月 |
|          |         |  |    | 年 月 |    | 年 月 |  | 年 月 |  | 年 月 |
|          |         |  |    | 年 月 |    | 年 月 |  | 年 月 |  | 年 月 |
|          |         |  |    | 年 月 |    | 年 月 |  | 年 月 |  | 年 月 |

※予防接種は、接種状況を更新するため毎年度ご記入いただきます。(年度末に返却しますので更新をお願いします)