

幼稚園

学校法人
須磨浦学園

幼稚園型認定こども園
須磨浦幼稚園入園願書

(令和 年度入園)

貴園 (歳児クラス) に入園させたいので、次のとおり出願します。

令和 年 月 日受付

志願者	フリガナ				受 検 番 号	
	氏 名				※	
	生年月日	令和 年 月 日	性 別	男 ・ 女	写 真 パスポートサイズ (縦45mm×横35mm) 上半身3ヶ月以内に 撮影のもの	
	住 所	〒 —				
フリガナ	(保護者1)		(保護者2)			
氏 名						
保 護 者	電話番号	() —	(保護者1)			
		() —	(保護者2)			
住民票の住所		※上記の住所と異なる場合、ご記入ください。同上の場合、記入不要です。 〒 —				
在籍関係等	施設名	幼稚園・保育所 インターナショナル・幼児教室等			年 月から 在籍 年 月まで	
	所在地	〒 —			※	
	電話番号	() —				
本学園在籍の兄弟姉妹	年・組	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	年・組	氏 名		性 別	男 ・ 女	

<参考>本園をお知りになったきっかけについて、下記の項目に○印と必要事項のご記入をお願いします。

- 1 ホームページ・Instagram・情報誌等の名称 ()
- 2 知人の紹介 (紹介者:)
- 3 卒(園)業生、在園(校)生の紹介 (紹介者:)
- 4 幼稚園、保育所、幼児教室等の紹介 (紹介者:)
- 5 その他 ()

- ① 入園願書の太枠内のみご記入ください。※欄の記入は不要です。
- ② 入園願書に記載された氏名・住所等の個人情報は、本学園における入園関係の手続き、連絡等のみに利用します。

親子面接
日 時

※ 月 日 ()
: ~

須磨浦幼稚園

(令和 年度入園)

入 園 面 接 受 検 票

受検番号	※
志願者氏名	※
親子面接 日 時	※ 月 日 ()
	: ~
学校法人 須磨浦学園	

健康調査

幼稚園	
受検番号	

各項にご記入の上、該当箇所があれば○で表示し、親子面接の際必ずご提出ください。

この調査は、園児の健康状態を知り、健康診断および保健指導等の健康管理にのみ利用します。

ふりがな								
幼児名		男 令和 年 月 日生 女						
現住所		〒						
兄弟姉妹		(兄・弟) 人 (姉・妹) 人 本人は第 子						
入園前の記録	既往症	麻疹 (はしか) 風疹 (3日ばしか) 水痘 (みずぼうそう) 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 心臓疾患 川崎病 腎疾患 ひきつけ けいれん ぜんそく アトピー性皮膚炎 その他 ()						
	予防接種	BCG		麻疹・百日咳・破傷風・ポリオ 4種混合		MR (麻疹・風疹)		日本脳炎
		済 () 才・未		1 期		1 期 2 期		済・未
		済 () 才・未		済・未		済・未 済・未		済・未
		ヒブ	小児用肺炎球菌	水痘 (みずぼうそう)	B型肝炎	ロタウイルス	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	
		済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	
		その他 ()		その他 ()		その他 ()		その他 ()
	済・未		済・未		済・未		済・未	
現在の健康状態	現在の健康状態	①健康である ②現在治療中 (病名、症状をお書きください) ()						
	本人がかかりやすい病気名	(あればすべてお書きください)						
	アレルギー疾患	①ない ②ある アレルギーを起こす食品または薬品名 () 給食除去 ①必要 ②不要						
	偏食状況	①ない ②ある (あれば、その名前をお書きください)						

記入日 令和 年 月 日

記入者名