



受付番号	年保育
------	-----

園児氏名	フリガナ	性別	生年月日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日生

保護者	フリガナ	園児との続柄	職業

現住所	〒 TEL ()
-----	-----------

家族構成	氏名	続柄	生年月日	勤務先
			S H R 年 月 日	
			S H R 年 月 日	
			S H R 年 月 日	
			S H R 年 月 日	
			S H R 年 月 日	

心身の状況	出産の状況		出産時体重	主として養育した人 養育状況
	安産・難産() 早産(か月)・未熟		g	
	哺乳 母乳・人工・混合	偏食 無・有	利き手 右・左・両	
	視力 盲・近・弱・乱・色・斜	聴力 聾・難聴	言語 吃音・幼児語・不明瞭	

アレルギー 病歴	検診で連絡事項がある・療育センター・医療機関に行ったことがある等も記入して下さい
-------------	--

入園希望の理由
