

学童保育所入所申込書

児童No.

No.

(西暦) 年 月 日

株式会社テノ. サポート
代表取締役社長 池内 比呂子 殿ふりがな
保護者名

印

住 所	〒 <small>※マンション・アパート名も記入して下さい。</small> 糟屋郡新宮町 TEL				
メールアドレス					
ふりがな 児童氏名	男	生年月日			
	女	平成 年 月 日			
学校名・学年	小学校 年生 (4月1日現在) <small>※入所年度の学年をご記入ください。</small>				
入所希望の期間	(西暦) 年 月 日から (西暦) 年 月 日まで (最長当年度末まで)				
入所形態	<input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 延長 <small>※月額利用料金を希望する場合のみチェック</small>				
世帯員の状況	氏名	児童との続柄	年齢	勤務先、学校名(学年)等	勤務先の電話番号
申込理由	1. 保護者が仕事をしているため。 2. その他 (理由)				
入所歴	<input type="checkbox"/> 新規入所 <input type="checkbox"/> 再入所 (同年度内)				
現 状 (<input type="checkbox"/> にチェック)	○現状の保育状況 <input type="checkbox"/> 親戚預 <input type="checkbox"/> 他人預 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 保育園 () <input type="checkbox"/> 学童保育所 <input type="checkbox"/> その他 ()				

チェック項目 (学童保育所で記入します)

学童受付日	受付者	チェック項目	
/		<input type="checkbox"/> 入所申込書 <input type="checkbox"/> 就労証明書又は自営申出書 <input type="checkbox"/> その他 () [<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> (: 枚)]	
テノ. への連絡日	連絡者	保育料	保険料
/		<input type="checkbox"/> 全額¥3,500 <input type="checkbox"/> 2/3¥2,334 <input type="checkbox"/> 1/3¥1,167 <input type="checkbox"/> 7月¥4,000 <input type="checkbox"/> 2/3¥2,667 <input type="checkbox"/> 1/3¥1,334 <input type="checkbox"/> 8月¥5,500 <input type="checkbox"/> 2/3¥3,667 <input type="checkbox"/> 1/3¥1,834	<input type="checkbox"/> 800円

健康管理台帳	アレルギー (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 卵アレルギー (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 喘息 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 予防接種アレルギー (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他のアレルギー (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 〔 詳細記入 〕
	その他 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> けいれん性体質 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他気になる症状等 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 〔 詳細記入 〕
	かかりつけの病院名	病院名

特記事項 (保育時に注意する事項など) (有 ・ 無)

氏名 (会社名)		続柄	電話番号・携帯番号	備考
緊急連絡先	①			
	②			
	③			
	④			
	⑤			

備考 (学童保育所で記入します)

お預かりした個人情報については、業務契約内容における受託業務を遂行する目的の範囲内で利用し、それ以外の目的で一切利用することはありません。

私は、株式会社テノサポートのお客様の個人情報の取り扱いについて理解し、同意します。

(西暦) _____ 年 月 日
名 前 _____ 印