

新宮町学童保育所入所申込書

記入例

指定管理者 殿

令和

【注意】  
提出日をご記入ください

ふりがな  
保護者名

しんぐう たろう  
新宮 太郎

住 所	〒 XXX-XXXX 糟屋郡新宮町000 マンション000号室			※マンション・アパート名も記入して下さい。 TEL XXX-XXXX-XXXX(携帯)		
メールアドレス						
ふりがな 児童氏名	しんぐう じろう		性別	生年月日		
	新宮 次郎		男・女	平成28年 9月 28日		
学校名・学年	新宮 小学校		2年生(4月1日現在)			
入所の期間	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 4月 1日 から 令和 7年 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から 令和 年 月			【注意】入所の期間: 該当する方に☑をお願いします。 通年でない場合、ご希望の期間を ご記入ください。		
入所形態	<input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 延長 ※月額利用料金を希望する場合					
世帯員の状況	【注意】入所形態: 月極での土曜日利用、平日延長利用を希望される場合、チェックしてください。	年齢	勤務先、学校名(学年)等	勤務先の電話番号		
		40				
	新宮 花子 母	40				
	新宮 一郎 兄	8	新宮小学校3年	XXX-XXXX-XXXX		
	新宮 花実 妹	2	新宮保育所	XXX-XXXX-XXXX		
			【注意】入所歴 初めて学童をご利用される場合⇒新規入所 前年度より継続入所の場合⇒継続入所 同年度内で一度退所し再度入所される場合⇒再入所			
申込理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1.保護者が仕事をしているため <input type="checkbox"/> 2.その他(理由)					
入所歴	<input type="checkbox"/> 新規入所 <input checked="" type="checkbox"/> 継続入所 <input type="checkbox"/> 再入所(同年度内)					
現 状 (☐にチェック)	<input type="checkbox"/> 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 checked="" 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				
/		【注意】 こちらは学童で記入しますので、事前のご記入は不要です。				
指定管理者への連絡日		料				
/		000円				
		<input type="checkbox"/> 8月¥5,500 <input type="checkbox"/> 2/3¥3,667 <input type="checkbox"/> 1/3¥1,834				

学童保育所児童台帳

児童No.	<b>【注意】</b> 児童No..	( 2 ) 年	児童名 ( 新宮 次郎 )
-------	-----------------------	---------	---------------

健康 管理 台帳	常用薬	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入※職種	<b>【注意】</b> 常用薬の有無について確認するだけで、学童で投与することはありません。	手術歴	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入	<b>【注意】</b> 学年 入所年度の学年をご記入ください	
	既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合は具体的に記入 アナフィラキシーショック (蜂)		アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合 〈アレルギー物質について具体的に記入〉 乳製品、卵、小麦、甲殻類(エビせんべい不可)、ナッツ類柑橘類(オレンジ味のお菓子不可)、アルコール(消毒不可)・予防接種		
	平熱	36.5		給食は除去食で対応	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		
	かかりつけ	内科・小児科 (病院名・TEL)	〇〇〇〇クリニック(XXX-XXX-XXXX)	障害・疾病	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合 具体的に記載 行動のペースがゆっくり		
	外科・整形外科 (病院名・TEL)	△△△整形外科(XXX-XXX-XXXX)	特別支援学級在籍		<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		
	その他 (病院名・TEL)	□□□□病院 耳鼻咽喉科 (XXX-XXX-XXXX)	通級在籍		<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		

氏名 (会社名)	続柄	電話番号・携帯番号	備考
① 株式会社 〇〇〇〇 △△△課	父	XXX-XXXX-XXXX(会社携帯)	<b>【注意】</b> 緊急連絡先は上から順にかけていきます。職場の電話番号は必須ではありませんが日中につながる番号を記載ください。
② 〇〇〇〇合同会社 □□□部×××課	母	XXX-XXX-XXXX(会社固定電話)	
③ 〇〇スーパー××店	祖母	XXX-XXXX-XXXX(個人携帯)	
④ 〇〇〇警備会社	祖父	XXX-XXXX-XXXX(個人携帯)	
⑤			

学童から自宅までの地図 ※通学路を赤で記入してください。※ 目印になるものを明記してください

**【注意】**  
地図添付も可能です。枠をはみ出る際は別紙にて提示ください。

指定管理者は、個人情報の収集にあたり、利用目的を明らかにし、同意を得た必要な範囲内で適切な収集、利用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。ご記入頂きました個人に関する情報につきましては、緊急時にのみ利用し、責任を持って管理し、第三者への開示や他の目的で利用はいたしません。

私は、指定管理者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。

<b>【注意】</b> 提出日をご記入ください	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	名 前 新宮 太郎