

受付者（ 月 日 ）

宝島キッズ 入所申請書

NPO法人宝島理事長 殿

平成 年 月 日

保護者 住所

氏名

印

次の通り宝島キッズへの入所を申し込みます。

申し込み 児童名	ふりがな()	性別	生年月日	学年	学校名・担任名
		男・女			
世帯の状況 (同居者全員) 申し込み児童を除く	氏名	続柄	生年月日	年齢	就労先・通学先・通園先
		父			
		母			
自宅電話番号					
携帯番号	父 ()	母 ()			
職場住所	父 ()	母 ()			
職場電話	父 ()	母 ()			
入所希望期間	年 月 日～ 年 月 日				
入所理由	<input type="checkbox"/> 家庭外就労の為、 <input type="checkbox"/> 家庭内就労の為、 <input type="checkbox"/> 自営業の為、 <input type="checkbox"/> 出産前後の為、 <input type="checkbox"/> 保護者傷病の為、 <input type="checkbox"/> 求職中の為、 <input type="checkbox"/> その他（具体的に)				
お迎えの人 (父母以外の時)	お名前、児童との間柄、携帯番号等				
本児の事	持病（有る・無い）、アレルギーがある場合の内容 () 平熱 (°C) 血液型 (型) その他気になる事 ()				
別居の祖 父母の事	父方（住所、年齢等）住所・・、祖父 才、祖母 才 母方（住所、年齢等）住所・・、祖父 才、祖母 才				
入所児童への適切な対応を図る為、座間市及び小学校との連携を取り、必要に応じて児童の情報の収集、提供を行うことに同意します。 保護者名					

<宝島用> 事務処理欄	<input type="checkbox"/> 就労証明書（父・母、祖父、祖母）	<input type="checkbox"/> 母子手帳
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（父、母、祖父、祖母、本児）	<input type="checkbox"/> 診断書（父、母、祖父母）
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
*記入しないでください		

