

# 保育園等の転園申請書

年　月　日

瑞穂町長 あて

保護者住所 瑞穂町

保護者氏名

電話番号

## 1 転園申請に際しての同意事項

転園が決定すると、現在の保育園等には別の児童が入所します。転園を辞退して現在の保育園等を利用することはできません。

同意します。

## 2 申込児童

	児童氏名	生年月日	現在通園している保育園等
1		年　月　日	
2		年　月　日	
3		年　月　日	

3 転園を希望する時期 \_\_\_\_\_ 年　月 より

## 4 転園を希望する保育園等名

第1希望

保育園

第2希望

保育園

第3希望

保育園

理由

## 5 世帯で2人以上の児童の転園申請をする場合の希望条件（いずれかにチェック）

申込児童全員が同時に同じ保育園等への転園を希望する。

※全員が同時に入所できる施設がない場合は、利用調整を行いません。

同時ならば別々の保育園等でも転園を希望する。

申込児童のうち1人だけでも転園を希望する。

## 6 申込児童の状況について

申込児童 1	<p><b>発達について</b></p> <p>1 特に問題なし</p> <p>2 (視覚・聴覚・言語・運動機能) に問題があると思われる 通院している場合</p> <p>病院名 : _____ 病名 : _____ 通院期間 : _____年 _____月 ~ 通院頻度 : 週・月・年 回</p> <p>3 障がいがある 障がい名 : _____ 障がい等級 : _____種 _____級 / 度</p> <p><b>食物アレルギー</b></p> <p>なし・あり (原因食物等 _____ / 症状 _____ / 除去等の医師の指示 なし・あり・未検査 )</p> <p>アナフィラキシーショックの既往 なし・あり (原因 _____ )</p> <p>ひきつけの経験 なし・あり (てんかん・熱性けいれん・その他 _____ )</p> <p>入院・手術等 なし・あり (_____年 _____月頃 / 病名 _____ )</p> <p>現在治療中の病気 なし・あり (病名 _____ )</p>
申込児童 2	<p><b>発達について</b></p> <p>1 特に問題なし</p> <p>2 (視覚・聴覚・言語・運動機能) に問題があると思われる 通院している場合</p> <p>病院名 : _____ 病名 : _____ 通院期間 : _____年 _____月 ~ 通院頻度 : 週・月・年 回</p> <p>3 障がいがある 障がい名 : _____ 障がい等級 : _____種 _____級 / 度</p> <p><b>食物アレルギー</b></p> <p>なし・あり (原因食物等 _____ / 症状 _____ / 除去等の医師の指示 なし・あり・未検査 )</p> <p>アナフィラキシーショックの既往 なし・あり (原因 _____ )</p> <p>ひきつけの経験 なし・あり (てんかん・熱性けいれん・その他 _____ )</p> <p>入院・手術等 なし・あり (_____年 _____月頃 / 病名 _____ )</p> <p>現在治療中の病気 なし・あり (病名 _____ )</p>
申込児童 3	<p><b>発達について</b></p> <p>1 特に問題なし</p> <p>2 (視覚・聴覚・言語・運動機能) に問題があると思われる 通院している場合</p> <p>病院名 : _____ 病名 : _____ 通院期間 : _____年 _____月 ~ 通院頻度 : 週・月・年 回</p> <p>3 障がいがある 障がい名 : _____ 障がい等級 : _____種 _____級 / 度</p> <p><b>食物アレルギー</b></p> <p>なし・あり (原因食物等 _____ / 症状 _____ / 除去等の医師の指示 なし・あり・未検査 )</p> <p>アナフィラキシーショックの既往 なし・あり (原因 _____ )</p> <p>ひきつけの経験 なし・あり (てんかん・熱性けいれん・その他 _____ )</p> <p>入院・手術等 なし・あり (_____年 _____月頃 / 病名 _____ )</p> <p>現在治療中の病気 なし・あり (病名 _____ )</p>
<p>その他、気になることがありましたら記入してください。</p>	