

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>発達について</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 病 院 名：_____ 病 名：_____</p> <p>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>食物アレルギー</p> <p>なし・あり（原因食物等_____／症状_____／除去等の医師の指示 <u>なし・あり・未検査</u>）</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（ <u>てんかん・熱性けいれん・その他</u> _____）</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>発達について</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 病 院 名：_____ 病 名：_____</p> <p>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>食物アレルギー</p> <p>なし・あり（原因食物等_____／症状_____／除去等の医師の指示 <u>なし・あり・未検査</u>）</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（ <u>てんかん・熱性けいれん・その他</u> _____）</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>発達について</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 病 院 名：_____ 病 名：_____</p> <p>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>食物アレルギー</p> <p>なし・あり（原因食物等_____／症状_____／除去等の医師の指示 <u>なし・あり・未検査</u>）</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（ <u>てんかん・熱性けいれん・その他</u> _____）</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>	