

ことのは保育園（ 南大沢・ユギムラ・玉南北野 ）

ジョイフル保育 契約書

基本連絡先 ※必須

申込日 年 月 日

フリガナ 児童名		性別 男・女	生年月日 平成 年 月 日	
自宅住所	〒 —	自宅 電話番号	()	固定電話 なし
請求先 メールアドレス	@		※PDFファイルを開くことのできるアドレスをご記入ください。	
保護者氏名	父：	母：		
携帯電話番号	—	—	—	—
勤務先名	(就業中・育休中・主夫・求職中)		(就業中・育休中・主婦・求職中)	

緊急連絡先 ※災害等で両親に連絡が取れない場合、または料金の未払いが発生した場合に使用します。

氏名	続柄	住所	電話番号
		〒 —	()

重要確認事項 ※確認後口に✓をお願いします。

他の保育施設への在籍	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有（園名： ）
入園金について	<input type="checkbox"/> 入園の段階で保育準備費として3,000円現金でお支払いいただきます。
保育料納付について	<input type="checkbox"/> 毎月5日までに前月分の請求がメールで届きます。ご確認の上メールに記載されている期日までにお振込みください（今後請求書の送付方法に変更がある可能性があります）
領収書の発行について	<input type="checkbox"/> 領収書が必要な方は請求のメールに返信でお知らせください。入金を確認でき次第発行いたします。
キャンセル料について	<input type="checkbox"/> 月3回のキャンセルまでは無料です。4回目のキャンセルから1回2000円（ひと家族）のキャンセル料がかかります。
離乳食の開始について	<input type="checkbox"/> 中期食（2回食）から園で対応しています。食事の提供は1日1回（昼食時）となります。また、南大沢での離乳食の提供はありません
食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有（ ） 特定食品の除去はできますが、同じ場所で調理しますので完全ではありません。食事は持ち込み可能です。
料金区分について	<input type="checkbox"/> 月途中で料金区分（1歳未満・離乳食・幼児食）の切り替えはできません。 例・・・4月20日に満1歳になった場合→5月分から1歳以上の料金 5月の途中で幼児食に切り替えた場合→6月分から1歳以上幼児食の料金
病歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有（ ） 持病がある、熱性けいれんを起こしたことがあるなど、具体的に記入してください。

保育の内容、規則を確認の上、契約を締結します。

記入事項に変更があった場合、速やかに連絡します。

保護者氏名

印

児童票

年 月 日 () 記入					記入者名 :		
ふりがな 児童氏名							
生年月日		平成 年 月 日			性別: 男 ・ 女		
主な利用先		南大沢 ・ ユギムラ ・ 玉南北野					
かかりつけ医		(TEL:)					
同居 親 族	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢	
周産期	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()			
	出産時の体重	g					
	出産時の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()			
乳児 発 達	心身ともに順調に発達していますか。	<input type="checkbox"/> はい		()			
		<input type="checkbox"/> いいえ		理由()			
	集団生活に特別な不安はありますか。	<input type="checkbox"/> 心配していない		()			
		<input type="checkbox"/> 心配がある		()			
	乳児健診をすべて受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい		()			
		<input type="checkbox"/> いいえ		理由()			
	乳児健診で指摘を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい		()			
	<input type="checkbox"/> いいえ		理由()				
予防接種は適切に行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい		()				
	<input type="checkbox"/> いいえ		理由()				
園で特に気を付けてほしいこと	<input type="checkbox"/> 特にない		()				
	<input type="checkbox"/> ある		()				
集団生活を行う上で、園から専門機関への受診を薦めることがありますか、受け入れていただけますか。	<input type="checkbox"/> はい		()				
	<input type="checkbox"/> いいえ		()				
病歴	<input type="checkbox"/> なし						
	<input type="checkbox"/> あり 具体的に ()						
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし						
	<input type="checkbox"/> あり 初回:(歳 ヶ月) 最後:(歳 ヶ月)						
	解熱剤の使用 () °C 園での保管 (必要・不要)						
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ない						
	<input type="checkbox"/> ある (アレルギー対応カードにご記入をお願いします)						