

# 見学者アンケート

見学日 令和 年 月 日 時 分

保護者の名前		
住所		
就労状況	父親	フルタイム ・ パートタイム ・ 未就労 ・ その他
	母親	フルタイム ・ パートタイム ・ 未就労 ・ その他
	育休中の有無	<input type="checkbox"/> 有（父・母） 令和 年 月 ～ 令和 年 月までの予定 <input type="checkbox"/> 無

■入所を希望するお子さんについてご記入ください。

1 人目

フリガナ 名前		生年月日	平成 令和 年 月 日（才）
集団生活経験	<input type="checkbox"/> 有（園名： _____ ・ 経験年数： _____ 年） <input type="checkbox"/> 無		
入所希望日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育園部門 <input type="checkbox"/> 幼稚園部門（1号 ・ 新2号）	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有（乳・卵・小麦・魚・大豆・果物・その他 _____） <input type="checkbox"/> 無 ※病院受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
健康状態	アトピー ・ 喘息 ・ その他 _____		
発達で気になるところ			

2 人目

フリガナ 名前		生年月日	平成 令和 年 月 日（才）
集団生活経験	<input type="checkbox"/> 有（園名： _____ ・ 経験年数： _____ 年） <input type="checkbox"/> 無		
入所希望日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 保育園部門 <input type="checkbox"/> 幼稚園部門（1号 ・ 新2号）	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有（乳・卵・小麦・魚・大豆・果物・その他 _____） <input type="checkbox"/> 無 ※病院受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
健康状態	アトピー ・ 喘息 ・ その他 _____		
発達で気になるところ			

見学担当者 \_\_\_\_\_