

まえだ認定こども園 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
当園をどこでお知りになりましたか？		

《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 \_\_\_\_\_