

申込日 20 年 月 日
20 年 4月 1日 入園

梅田クリニック附属保育園 入園仮申込書

ふりがな	
保護者氏名	

ふりがな	
お子様氏名	

性別	男の子・女の子	続柄	
----	---------	----	--

お子様の生年月日	20 年 月 日
----------	----------

20 年4月1日現在の年齢

お子様の年齢		歳		か月
--------	--	---	--	----

ご住所	〒	—
-----	---	---

ご連絡先	☎	()	—
	☎	()	—

* ご記入後、FAXまたは直接ご持参ください。

* FAXでの申し込みでは、折り返し確認のご連絡をさせていただきますので
よろしくお願いします。

梅田クリニック附属保育園
502-0912 岐阜市西島町2番5号
TEL 058-215-0007 FAX 058-216-0003