

保育所等転園申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

住 所 成田市

保護者 氏 名

電話番号

下記の理由により転園したいので、裏面の同意欄に同意したうえで申請いたします。

転園を希望する児童の 氏名及び生年月日	氏名
	年 月 日 生
現在通園中の 保育所等の名称	
転 園 希 望 保育所等の名称	第1希望
	第2希望
	第3希望
	第4希望以下
転園希望年月日	年 月 日
転園を希望する理由 (該当するものに○を つけること)	1. 兄弟姉妹と同じ園にしたいため 2. 今の園より通わせやすいため 3. その他 ()
兄弟姉妹の氏名・生年月日 (兄弟姉妹が保育所等に 在園している場合)	氏名
	年 月 日 生
	氏名
	年 月 日 生

※裏面もご記入ください。

児童の状況について

障がい・疾病	無 ・ 有 (名称: _____)
※障害者手帳など (手帳の種類: _____)	(等級や程度: _____)
ことばの相談室や療育施設などの利用の有無	無 ・ 有
(利用施設名: _____)	(_____)
食物アレルギー・宗教上の理由等により食べられない食材	無 ・ 有
食物アレルギー等: <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
宗教上の理由: <input type="checkbox"/> 牛肉(<input type="checkbox"/> エキス不可) <input type="checkbox"/> 豚肉(<input type="checkbox"/> エキス不可)	
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことはありますか	無 ・ 有
最後に起こした月齢 (_____ 歳 _____ か月頃)	
現在、治療中・経過観察中の病気はありますか	無 ・ 有
(病名: _____)	(_____)
定期健診などで助言を受けたことがあればご記入ください。	
(_____)	(_____)

きょうだいの転園申請について

きょうだい同時に転園申請をする場合、①又は③を回答してください。

①全員が同時に転園できない場合 (②も回答すること)
<input type="checkbox"/> 転園を希望しない
<input type="checkbox"/> 転園を希望する <u>※下記から更に1つ選択してください。</u>
<input type="checkbox"/> (児童名: _____) が先に転園できる場合のみ利用を希望する
<input type="checkbox"/> どの児童が先に転園できる場合でも転園を希望する
②全員が同時に転園できるが、別々の施設になる場合
<input type="checkbox"/> 転園を希望しない
<input type="checkbox"/> 転園を希望する <u>※下記のいずれかに○をしてください。</u>
※希望順位を優先する場合は別々の施設に入所することになるが、希望順位の低い施設であれば同じ園に入所できる場合、(同園になること ・ 希望順位) を優先する
③ <input type="checkbox"/> 全員が同じ施設に同時に転園できなければ、転園できるまで待つ

同意欄

	同意事項
1	この転園届により、希望した保育所等へ入所が決定した場合、転園を辞退することはできません。
2	転園決定後、別の保育所等への転園を希望する場合、「保育所等転園申請書」の提出が再度必要となります。
3	きょうだい同時に転園申請をする場合、上記の「きょうだいの転園申請について」の記入内容に基づいて協議を行います。協議の結果、指定した条件に合わない場合は、転園が保留となり、次にお待ちのお子さまから先に入所します。