

保育年数	1	2	3	4	受付番号	
------	---	---	---	---	------	--

入 園 願

令和 年 月 日受付

学校法人 鴻城義塾
 山口県鴻城高等学校附属幼稚園 認定こども園鴻城幼稚園長様

下記の者を入園させたいので手数料を添え 申請します。

保護者名

(戸籍通り 楷書で 御記入下さい)

幼 児	ふりがな							
	氏 名	(男 女)						
	生年月日	令和	年	月	日生 (満 歳 ヲ月)			
保 護 者		〒						
	現住所	(マンション等建物名)						
	ふりがな			幼児との続柄				
	保護者名氏名							
	連 絡 先 電 話 番 号	自 宅						
		携帯電話	—	—	幼児との続柄			
携帯電話		—	—	幼児との続柄				
そ の 他	入園前に通った施設	園						
	通園期間	年	月	日	～	年	月	日
	本園に通園中の きょうだい	兄・姉 組						
	入園を希望する理由							
	家庭の特別な状況、本人の教育上必要な事がありましたらご記入下さい。							

令和 年 月 日入園