

保育年数

1 2 3 4

受付番号

# 入 園 願

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長様

下記の者を入園させたいので検定料を添え 申請します。

保護者名 印  
 (戸籍通り 楷書で 御記入下さい) (世帯主) (自署の場合印不要)

(ふりがな) 性別 通 称  
 志願者氏名 男・女 ( ちゃん・くん)

生年月日 平成 令和 年 (西暦) 年 月 日生

〒  
 現住所 (マンション等建物名: )

電話番号 (常時連絡が取りやすい番号)

入園前に通った施設 ( 幼稚園)( 保育園)・その他( )  
 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 )

ご近所で本園在園の方 ( 組 )( 組 )

性 格 活発・温和・内気・人見知りが激しい・その他( )

よいと思うところ

なおしたいと思うところ

家庭の特別な状況、本園の教育に対するご希望など、本人の教育上必要な事がありましたらご記入下さい。

※ 最年少組希望の方は、必ず入園月をご記入ください。 年 月 入園