

2.母親の状況

母親の有無		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> その他 ()		
保護者 (母)	フリガナ	生年月日	西暦	・	・			
	氏名	出身地						
		メール						
	住所 〒	自宅TEL						
		携帯TEL						
	就労状況 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	勤務先		勤務先TEL					
	勤務先住所 〒		就業状況					
	職種		年収		月	:	~	:
					火	:	~	:
水					:	~	:	
木					:	~	:	
金					:	~	:	
				土	:	~	:	
				日・祝	:	~	:	
心身の健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気、心身障害、療養中疾患、等()								
出産予定の有無 <input type="checkbox"/> 有 (20 年 月 日出産予定) <input type="checkbox"/> 無								

3.父親の状況

父親の有無		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> その他 ()		
保護者 (父)	フリガナ	生年月日	西暦	・	・			
	氏名	出身地						
		メール						
	住所 〒	自宅TEL						
		携帯TEL						
	就労状況 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	勤務先		勤務先TEL					
	勤務先住所 〒		就業状況					
	職種		年収		月	:	~	:
					火	:	~	:
水					:	~	:	
木					:	~	:	
金					:	~	:	
				土	:	~	:	
				日・祝	:	~	:	
心身の健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気、心身障害、療養中疾患、等()								

4.祖父母の状況

続柄		氏名	住所	同居の別	就労状況	健康状態
父方	祖父	(歳)		同・別		良・不良
	祖母	(歳)		同・別		良・不良
母方	祖父	(歳)		同・別		良・不良
	祖母	(歳)		同・別		良・不良

5.児童の状況

健康状態	特記事項（行動面、言語面、情緒面、身体面等について）				
予防接種	BCG	①ジフテリア・百日咳・破傷風 ②ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ	①ポリオ：生ワクチン ②ポリオ：不活化ワクチン	麻しん 風しん	その他 ()
	済・未	初回： 回目済・未 追加： 済・未	() 回目済・未	済・未	済・未

※予防接種の番号のついているものは、受けた種類に○をしてください。

▼ 当園記入欄