

保育園等変更（転園）申込書

年 月 日

（宛先）佐倉市こども支援部長

〒
保護者 住所
フリガナ
氏 名

保育園等の変更（転園）につき、次のとおり申し込みます。

フリガナ		生	年 月 日
児童氏名		年 月 日	
現在の保育施設	⇒	変更（転園）希望先の保育施設	
変更（転園）希望日	年 月 日 から		
変更（転園）理由			
兄弟姉妹が一緒に申し込んでいる場合には、<u>以下のいずれかにチェック☑を入れてください。</u> ☐ 1人だけ先の転園可（☐上の子優先 ☐下の子優先 ☐優先なし） ☐ 同時転園のみ希望 ☐ 同園になれるときのみ転園する			

以下の注意事項を確認したらチェック☑を入れてください。

- ☐ 変更（転園）決定後に、その辞退又は取消しはできません。
- ☐ 転園ができた場合、転園先の保育施設でも「慣らし保育」があります。
- ☐ 65歳未満の祖父母と同居している場合、要件書類を提出していないと減点対象になります。

裏面の「転園希望児童調査票」もご記入ください

転園希望児童調査票

保護者の皆さまへ

転園に当たり、お子さまがスムーズに新しい保育園等に慣れることができるよう、下記の調査票をご記入ください。また転園前の状況について、市から転園先に連絡することについて御理解の程よろしくお願い致します。

記入日 年 月 日

記入者名

フリガナ 児 童 名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
---------------	--	------	------------------

1. 《今までに受けた健診について教えてください。》

健 診 名	受診月日	医師からの助言内容
1歳6か月児健診		
3歳児健診		

2. 《病歴やアレルギー等について教えてください。》

(1) かかったことのある病気や現在治療している病気について

☐ない ☐ある 病名 () ☐完治 ☐治療中 ☐経過観察中
☐ある 病名 () ☐完治 ☐治療中 ☐経過観察中

(2) かかりやすい病気等について

①熱性けいれんをおこしたことはありますか。 ☐ない ☐ある 回数 (回) 最終発症 ()
けいれんを予防するための座薬の処方がありますか。 ☐ない ☐ある 薬品名 ()

②脱臼や肘内障をおこしたことがありますか。

☐ない ☐ある 部位 () 回数 (回)

(3) 食物アレルギーはありますか

☐ない ☐ある (原因食品: / 症状:)

①給食は、原因食品を除去していましたか。 ☐はい ☐いいえ②エピペンや緊急時服用薬を保育園等に預けていましたか。 ☐ない ☐ある (種類:)(4) 宗教による食事の制限はありますか。 ☐ない ☐ある 対象食品 ()※給食の献立により、弁当持参をお願いする場合がありますがよろしいですか。 ☐はい ☐いいえ

(5) お子さまの成長や発達面で、心配なことはありますか。

☐ない ☐ある ()

(6) 身体障害者手帳、療育手帳はお持ちですか。

☐ない ☐ある→☐身体障害者手帳 ☐療育手帳

(7) ことばと発達の相談室又は児童発達支援機関を利用していますか。

☐ない ☐ある 施設名や内容 ()

ライフサポートファイルはお持ちですか。 ☐ない ☐ある

必要に応じて支援機関と情報共有してよろしいですか。 ☐はい ☐いいえ

《市記入欄》