

## 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			
兄弟姉妹と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>			
<input type="checkbox"/> 1人だけ先の転園可（ <input type="checkbox"/> 上の子優先 <input type="checkbox"/> 下の子優先 <input type="checkbox"/> 優先なし）			
<input type="checkbox"/> 同時転園のみ希望			
<input type="checkbox"/> 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、調査票の記入について御協力をお願いします。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をお願いします。

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や相談について教えてください。》

健 診 名	受診月日	指導内容及び経過観察事項
1 か月健診		
3～6 か月児健診		
4 か月乳児相談		
9～11 か月児健診		
1歳6か月児健診	市町村	
	医療機関	
3歳児健診		

## 2. 《現病歴やアレルギー等について教えてください。》

(1) 今までに病気にかかって入院したことはありますか。

□ない □ある (状況: )

(2) 現在、治療中の病気や定期的を受診している病気はありますか。

□ない □ある (状況: )

(3) 現在、定期的に内服していたり、使用中のお薬等がありますか。

□ない □ある (状況: )

(4) 熱性けいれんを起こしたことはありますか。

□ない □ある (状況: )

※ (「ある」にチェックした場合) 座薬の処方がありますか。 □ない □ある

(5) 脱臼をしたことがありますか。

□ない □ある (状況: )

(6) 食物アレルギーはありますか。

□ない □ある (原因食品: )

①給食は、原因食品を除去していましたか。 □ない □ある

②アナフィラキシーを起こしたことはありますか。 □ない □ある (原因: )

③エピペンや抗アレルギー薬を保育園等に預けていましたか。 □ない □ある (種類: )

(7) お子さまの成長発達面で、転園先の保育園等に伝えておきたいことはありますか。

(8) お友達との集団生活の中で心配なことはありますか。

(9) 身体障害者手帳、療育手帳又はライフサポートファイルをお持ちですか。 □ない □ある ( )

(10) 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 ( )

《市記入欄》