

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. 《現病歴やアレルギー等について教えてください。》

(1) 入院歴はありますか。

ない ある 病名 () 入院時期 (歳 ヶ月) 入院期間 ()
治療状況 完治 経過観察

(2) 現在治療中の病気はありますか。

ない ある 病名 () 治療状況 ()

(3) 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 () 最終発症日 ()
座薬の処方がありますか。 ない ある 薬品名 ()

(4) 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 ()

(5) 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:)(6) 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

(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。

ない ある ()

(8) お友達との集団生活の中で心配なことはありますか。

ない ある ()

(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》