

園児受け入れ申請書

令和2年 月 日

葛城市立 小学校附属幼稚園

保護者 住所 葛城市

氏名

電話番号

緊急連絡先

1. 園児氏名 _____ 組 名前 _____ (男・女) _____ 年 月 日生

2. 受け入れ希望日及び理由

4月10日～5月6日(土・日・祝日を除く)

日	曜日	受け入れ希望日に○印をつけてください	受け入れ希望理由	迎えの時刻	備 考
10	金				
11	土				
12	日				
13	月				
14	火				
15	水				
16	木				
17	金				
18	土				
19	日				
20	月				
21	火				
22	水				
23	木				
24	金				
25	土				
26	日				
27	月				
28	火				
29	水				
30	木				
1	水				
2	木				
3	金				
4	土				
5	日				
6	月				
希望日数		日			

※ご希望のご家庭は、幼稚園にこの用紙をお届けください。