

2024 年度 きりん組申し込みカード

月 日()

氏名	たんぼぼ組/ちゅうりっぷ組/ひまわり組			※クラス名に○印をしてください。	
月日	月 日(曜日)			受け取り	
利用される時間帯を選び、右端の欄に○印を入れてください。↓					
利用時間	早朝預かり	8:30~9:00	100円		
	通常保育(おやつ無)	14:00~15:00	200円		
	通常保育(おやつ有)	14:00~16:30	500円		
	通常保育(延長保育)	17:00/17:30	600・700円		
	午前保育(おやつ無)	11:30~15:00	600円		
	午前保育(おやつ有)	11:30~16:30	900円		
	午前保育(延長)	17:00/17:30	1000・1100円		
緊急連絡先	※安全カードに記してある連絡先以外の方のみご記入ください。				
理由	小学校保護者会	仕事	教室	お迎え時間	
	その他()				

----- 切り取り線 -----

2024 年度 きりん組申し込みカード

月 日()

氏名	たんぼぼ組/ちゅうりっぷ組/ひまわり組			※クラス名に○印をしてください。	
月日	月 日(曜日)			受け取り	
利用される時間帯を選び、右端の欄に○印を入れてください。↓					
利用時間	早朝預かり	8:30~9:00	100円		
	通常保育(おやつ無)	14:00~15:00	200円		
	通常保育(おやつ有)	14:00~16:30	500円		
	通常保育(延長保育)	17:00/17:30	600・700円		
	午前保育(おやつ無)	11:30~15:00	600円		
	午前保育(おやつ有)	11:30~16:30	900円		
	午前保育(延長)	17:00/17:30	1000・1100円		
緊急連絡先	※安全カードに記してある連絡先以外の方のみご記入ください。				
理由	小学校保護者会	仕事	教室	お迎え時間	
	その他()				

給食キャンセル表

_____ 組 _____ 氏名

月 日 () の給食は

月 日 () の給食は

月 日 () の給食は _____ のため、給食をキャンセルします。

----- 切り取り線 -----

給食キャンセル表

_____ 組 _____ 氏名

月 日 () の給食は

月 日 () の給食は

月 日 () の給食は _____ のため、給食をキャンセルします。

途中給食申し込み書

_____ 組 _____ 氏名 _____

●利用する月に○を前月 20 日までにご提出ください。

5 月・6 月・7 月・9 月・10 月・11 月・12 月・1 月・2 月・3 月

利用します。

●途中給食申し込みについてのお知らせ

○月単位でお申し込みください。

○1 カ月もしくは数カ月の利用の場合の給食費の徴収は、キャンセル日を含め、通常の給食利用制度に従って対応させていただきます。前日までのご連絡を忘れないようにご注意ください。

----- 切り取り線 -----

途中給食申し込み書

_____ 組 _____ 氏名 _____

●利用する月に○を前月 20 日までにご提出ください。

5 月・6 月・7 月・9 月・10 月・11 月・12 月・1 月・2 月・3 月

利用します。

●途中給食申し込みについてのお知らせ

○月単位でお申し込みください。

○1 カ月もしくは数カ月の利用の場合の給食費の徴収は、キャンセル日を含め、通常の給食利用制度に従って対応させていただきます。前日までのご連絡を忘れないようにご注意ください。

登園届

クラス：_____

氏名：_____

病名：_____

上記の疾病により 年 月 日から、 年 月 日まで
_____ 日間療養中でしたが、 _____ 医院・病院の _____ 医師から、
主要症状が消え、感染のおそれがなくなり、登園してもよいと許可を頂きましたので
登園届を提出します。

年 月 日

保護者名：_____

投薬指示書

幼稚園名 藤ヶ丘幼稚園

今日の日付 年 月 日 クラス名 組 氏名

病名 (または症状)

処方した病院名 電話番号

薬を処方された日 年 月 日

◎該当するものに○をしてください。

薬の種類 散薬・水薬・塗り薬・その他 () 薬の名前

園での与薬時間 食後・食前・食間 その他 ()

薬の与え方 その他注意すること

幼稚園記載欄

投与時間

投与者サイン

受領者サイン

----- 切り取り線 -----

投薬指示書

幼稚園名 藤ヶ丘幼稚園

今日の日付 年 月 日 クラス名 組 氏名

病名 (または症状)

処方した病院名 電話番号

薬を処方された日 年 月 日

◎該当するものに○をしてください。

薬の種類 散薬・水薬・塗り薬・その他 () 薬の名前

園での与薬時間 食後・食前・食間 その他 ()

薬の与え方 その他注意すること

幼稚園記載欄

投与時間

投与者サイン

受領者サイン