

受付番号：\_\_\_\_\_（園が記入）

令和      年      月      日

## 入 園 願 書

社会福祉法人 簡修会 夢の実保育園

園 長 石 崎 千 晴 殿

夢の実保育園（1号認定）に入園を希望いたします。

ふりがな

入園児氏名

男 ・ 女

生年月日

20      年（令和      年）      月      日 生まれ

保護者氏名

印

電話番号（父）

電話番号（母）

現住所

〒

（園記入欄）    1 ・ 2    /    M3 ・ 3 ・ 4 ・ 5