

土曜保育利用申込書

理事長	園長	主幹	主幹

平こども園 園長 様

年 月 日

住所 舞鶴市

保護者

氏名

(印)

下記のとおり土曜保育を申し込みます。

保育園名	平 こども園	保育時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
利用 児 童	氏 名	生 年 月 日	組
	(1)	平成 年 月 日生	
	(2)	平成 年 月 日生	
	(3)	平成 年 月 日生	
土曜保育を希望する理由			

カレンダー

★利用日に○印をつけてください。

月							
	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

※ バスの送迎、給食はありません。午前7時～午後5時までの保育です。

ご記入後、本紙を当園にご持参いただくかFAXで送信してください。
FAXをご利用の際も、後日、本紙を当園にご持参ください。

平こども園 FAX 番号

0773-60-5860