



# 入学申込書

202 年 月 日

保護者氏名

捺印

フリガナ		生年月日	続柄
児童氏名		年 月 日	
学校名	小学校	クラス名 (担任)	年 組 (先生)
住所	〒 _____		
	<small>※マンションの場合、マンション名もご記入ください。</small>		
自宅電話番号	( ) _____	—	
携帯電話番号	( ) _____	—	
Eメールアドレス	(パソコン)	@	
Eメールアドレス	(携帯)	@	
	※登下校時刻の連絡メール <input type="checkbox"/> 要 (パソコン 携帯) <input type="checkbox"/> 不要		

家族構成				
氏名	生年月日	続柄	勤務先等	連絡先等電話番号
フリガナ				( ) —
フリガナ				( ) —
フリガナ				( ) —
フリガナ				( ) —
フリガナ				( ) —

通常月の希望コース				
<input type="checkbox"/> 単日	<input type="checkbox"/> 12日/月	<input type="checkbox"/> 16日/月	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> お迎え
ご利用予定時間				
<input type="checkbox"/> 下校時 ~ 18:30	<input type="checkbox"/> ~ 19:00	<input type="checkbox"/> ~ 19:30		

生活上の注意点（アレルギー等の体質・特徴など）	
血液型	型（Rh - + ）
平熱	℃
視力	矯正なし 矯正あり（右眼 . ）（左眼 . ）
アレルギー	なし あり（食品 接触 呼吸器）
	※ありの場合は詳細にご記入ください。
<b>重要</b>	健康保険証のコピーを必ず添付してください。

かかりつけ医をご記入ください（小児科・内科・歯科・耳鼻科・眼科・外科、他）	
科	（病院・医院）（ ） —
科	（病院・医院）（ ） —
科	（病院・医院）（ ） —

## 緊急時連絡先

※ 大規模災害発生時や、お子様の健康上の緊急事態発生時、登校及びお迎えの予定時刻を過ぎてもご連絡がつかない場合など、最悪の事態からお子様を守るために、正確にご記入ください。

1	氏名（ふりがな）	（ ） 続柄		
	連絡先名			
	連絡先電話番号	（ ） —	携帯電話番号	（ ） —
2	氏名（ふりがな）	（ ） 続柄		
	連絡先名			
	連絡先電話番号	（ ） —	携帯電話番号	（ ） —
3	氏名（ふりがな）	（ ） 続柄		
	連絡先名			
	連絡先電話番号	（ ） —	携帯電話番号	（ ） —

※ 携帯電話の場合、着信及びEメール受信許可リストに、下記の電話番号とメールアドレスの追加をお願い致します。

電話：(048) 234 - 8022    Eメール：[colnet@colnet.jp](mailto:colnet@colnet.jp)    [adler.e.s@colnet.jp](mailto:adler.e.s@colnet.jp)