

令和4年度 夏期保育体験参加申込書

令和4年 月 日

社会福祉法人伊勢原市社会福祉協議会会長 殿

申請者 住所 伊勢原市

(伊勢原市内在住者に限りません。)

氏名 _____

(印)

次のとおり夏期保育体験に参加したいので申込みます。

◆日程（チラシに記載されているグループを確認してご記入ください。）

※必ず体験できる日程で第3希望までグループのアルファベットを記入し、体験時間の希望に☑をつけてください。

(記入例)	第1希望	第2希望	第3希望
<input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 半日	<input type="checkbox"/> □ 1日 <input type="checkbox"/> 半日	<input type="checkbox"/> □ 1日 <input type="checkbox"/> 半日	<input type="checkbox"/> □ 1日 <input type="checkbox"/> 半日

◆申込者情報

氏名（ふりがな）	性別	年齢	学年	学校名	健康状態
					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他 ()

◆連絡先（自宅の電話番号と体験時に常時連絡が取れる保護者の方の携帯番号をご記入ください。）

自宅電話番号	携帯電話番号 (続柄)
--------	-----------------

◆持病（アレルギー）等がありますか。

- ある（内容： ） ない
→ 自己判断できるので、給食を希望する。 お弁当を持参する。

◆過去に保育体験に参加をしたことがありますか。

- ある（内容： ） ない
→過去に参加経験のある場合はご記入ください。

H・R 年 体験施設先 _____

◆市内の保育園を卒園された方に伺います。卒園した保育園での参加を希望しますか。

- 希望する。 希望しない。

※希望すると回答された方は、どこの保育園を卒園されましたか。なお、新型コロナウイルス感染症の関係で、ご希望に添えない場合があります。

保育園名 _____

◇夏期保育体験参加に伴い、腸内細菌検査を受けていただきます。期日までに検査を受けていただかないと参加できませんのでご了承ください。

※1 記載内容に基づき参加者名簿を作成し、実習先施設へ配布することをあらかじめご了承ください。

※2 食物アレルギーがあり自己判断で給食を希望された場合、給食の提供に対して一切の責任は負えません。