スマイルきっずルーム　登録証　お申込み日　　年　　月　　日

ふりがな	性別	生年月日	お子様の愛称
園児 氏名	男 女	H　年　月　日 歳　ケ月	

〒
住所　　☎

緊急連絡先

父 ふりがな 氏　名			携帯 TEL 自宅 TEL
勤務先 名称		〒 勤務先 住所　☎	
母 ふりがな 氏　名			携帯 TEL 自宅 TEL
勤務先 名称		〒 勤務先 住所　☎	
その他 連絡先	① ふりがな 氏名		☎
	② ふりがな 氏名		☎

お子様に関すること　＊該当するところにご記入下さい

治療中の病気　喘息　アトピー性皮膚炎等　治療中の病気がありますか？

〔なし　／　あり（病名　　）〕

アレルギー　薬物・食品アレルギーがありますか？

〔なし　／　あり（病名　　）〕

その他

お子様の平熱〔　　〕度

ご両親からみたお子様の性格：

体質や病気のことで心配なこと・配慮して欲しい事について具体的にお書き下さい。