

※受付番号 ()

入 園 願

令和_____年_____月_____日

袖ヶ浦市立_____中川_____幼稚園長 様

保護者 住 所 _____

(フリガナ) _____

氏 名 _____

電話番号 _____

下記の者を貴幼稚園に入園させたいので、ご許可くださるようお願いいたします。

記

(フリガナ) (_____)

入園希望幼児氏名 _____

性別(○でかこむ) 男 ・ 女

生 年 月 日 _____年_____月_____日生

住 所 _____

※受付番号は記入しないこと