

保育施設転所申込書

令和 年 月 日

(宛先) 滑川町長

保護者住所 _____

電話番号 _____

保護者氏名 _____ (印)

※記名・押印に代えて署名することができます。

私は、本申込書の承諾事項に同意した上で、下記のとおり転所申込書を提出します。

記

在所児童	氏名		生年月日	年 月 日
	在所施設名		クラス	歳児クラス
転所希望 保育施設名	()			
転所理由	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が在所している <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> その他 ()			
2人以上の児童の転所を希望する場合	<input type="checkbox"/> 同時期に同じ保育施設に転所できなければ転所しない(同時同施設希望) <input type="checkbox"/> 1人でも転所できれば転所する			
備考	※保育施設に既に入所している兄弟姉妹 (いる ・ いない) 氏名 () 生年月日 () 施設名 ()			
< 承諾事項 >				
1 転所決定後(選考後)は、いかなる場合でも転所の辞退はできません。 2 転所決定後(選考後)は、いかなる場合でも元の保育施設へ戻ることはできません。 3 転所申込みを取下げする場合は、毎月の入所(転所)申込期限までに滑川町健康福祉課へ申し出てください。				