

# 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 \_\_\_\_\_

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福祉課へ申し出てください。