

入室申込書

学校法人桐光学園 寺尾みどり幼稚園  
〒214-0005 川崎市多摩区寺尾台1-17  
TEL 044-955-1717

ふりがな			
幼児名			
生年月日	西暦	年	月 日 性別 男 ・ 女
ふりがな			
保護者氏名			
住所	〒		
電話番号		携帯電話	

\*希望する曜日に○印を付けてください。（優先順位がある方は、①・②…のように記入）

(        )      火曜日      体操・リトミック  
(        )      木曜日      体操・音楽  
(        )      金曜日      英語・リトミック

\*希望する通園方法に○印を付けてください。

(        )      徒歩                      (        ) 自転車                      (        ) 自家用車（駐車場利用）  
(        )      通園バス                      新百合ヶ丘方面  
(        )      通園バス                      読売ランド前駅方面  
(        )      通園バス                      京王稲田堤方面

\*一緒に参加する弟妹がいる方は、お名前（ふりがな）・生年月日をご記入ください。

\*寺尾みどり幼稚園に在園中・卒園された兄姉がいる方は、お名前・学年をご記入ください。

\*既往症やアレルギーなどお預かりする上で留意すべきことがある方はご記入ください。