

入 所 願

年 月 日

地方独立行政法人
公立甲賀病院理事長様

保護者氏名 印

下記の者、公立甲賀病院保育所に入所許可願います。

記

現 住 所					
ふりがな					性 別
氏 名					
生 年 月 日	年 月 日 歳				男 ・ 女
保 護 者	父		生 年 月 日	年 月 日 歳	
	母		生 年 月 日	年 月 日 歳	
保護者との関係			職 種 (勤務場所)		
保 育 区 分	全 日 ・ 臨 時			電 話（自宅・携帯）	
入 所 期 間	年 月 日より				