

1世帯の申し込みにつき1部ご提出ください

新規用 令和3年度入園

和歌山県立医科大学附属病院託児施設（クレヨン保育園）入園申込書

和歌山県立医科大学理事長 様

和歌山県立医科大学附属病院託児施設運営委員長 様

(本学の職員である保護者の氏名)

保護者氏名 _____ 印 _____ 職名 _____

(〒 _____)

現住所 _____ 所属名 _____

(慣らし保育期間を含めずに記入ください)

入所希望年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ご本人または配偶者が職場復帰する予定日を記入ください)

育児休暇終了年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(上記日程の変更予定の可能性: あり ・ なし) ← ○をつけてください

入所申込をする児童について記入してください

	氏名	生年月日	年齢
入園児童1	(フリガナ)		
	男	平成・令和	歳 カ月
入園児童2	(フリガナ)		
	男	平成・令和	歳 カ月
入園児童3	(フリガナ)		
	男	平成・令和	歳 カ月

家庭の状況について

	氏名	年齢	勤務先または就学先 (幼稚園・保育園等含む)	連絡先(携帯等) 学内で勤務している場合は 内線・PHSも	児童と同居
申請者					(有・無)
配偶者					(有・無)
きょうだい					(有・無)
					(有・無)
					(有・無)
祖父母	父方				(有・無)
	母方				(有・無)

保育の必要性について、以下当てはまる箇所に✓を記入ください
あてはまらない項目は空欄としてください

		回答欄		
		申請者	配偶者	
1	就労について	(本学または附属病院勤務者のみ) 1年以上継続して就労する予定である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		育児のために、育児短時間勤務制度、育児時間休暇(特別休暇)、育児部分休業制度などを利用している(利用する予定である) ※利用している場合は週の勤務日数、勤務時間も記入ください ※変更の可能性がある場合も必ず勤務時間を記載してください (記載がない場合は、審査できない可能性があります)	<input type="checkbox"/> 週 日 時 分から 時 分まで	<input type="checkbox"/> 週 日 時 分から 時 分まで
3		夜勤をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		土日祝日にシフト制の勤務(日勤・夜勤など)をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		土日祝日に病棟患者診療や研究などの仕事をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	保護者の体調	現在妊娠中で、保育開始日から半年以内に産前休暇に入る予定である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		入院または入院に相当する治療や安静を要する療養中であり、自宅で保育することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		通院加療中で就業しておらず、自宅で保育することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	疾病・障がいなどにより、自宅で保育することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	世帯の状況	ひとり親世帯である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		単身赴任している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		親族の介護のため自宅で保育することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	震災、風水害、火災その他の災害の復旧にあたる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	きょうだいの状況	育児休業取得により退園し、復職時に再申込である(再入園)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		きょうだい同時申込である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		すでにきょうだいクレヨン保育園を利用中である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※就労については、指定の就労証明書の提出をお願いします。

※保護者の体調に関しては、市町村の2号・3号認定証の提出をお願いします。

提出先: ワークライフバランス支援センター(内線: 5706)
場所: 病院中央棟4階 管理部門「看護キャリア開発センター」内
事務担当: 永本・関口・武用
提出方法: 上記にご持参いただくか、郵送、学内便などでお送りください。

【事務局記載欄】

受付	得点	受入れ可否

発達の状態について

この用紙は入所児童1名につき1枚ご提出ください

入園児童	氏名	年齢(月齢)
	(フリガナ)	男 女
発達の状態について (該当する項目に○印または記入ください)	生育歴 1. 分娩 (正常, 異常, 早産 ヶ月) 2. 出生時の体重 (g) 3. 歩きはじめ (歳 ヶ月) 4. 食物アレルギー (有 ・ 無) →有る場合の除去食 () 5. ひきつけ、けいれんを起こしたことは? (有 →直近の発作日 年 月 日 ・ 無) 発作の頻度について(いつ:) これまでに何回発作が起こったか () 回 6. 今までにかかった大きな病気 (有 ・ 無) 病名 () いつ () 経過観察している (していた) 病院名 () 現在の病気の状況 (治癒 ・ 治療中) この病気のことで保育園に気を付けて欲しいこと () その他心配なこと等あればご自由に記入ください ()	その他 1. これまでに保育所に通ったこと (有 ・ 無) 有る場合→施設名 () 通った期間 (から まで) 2. 集団生活における行動面で特に気をつけてほしいこと () 3. 発達面で特に心配していること () 発達相談を受けたことは? (有 ・ 無) 4. 療育手帳の交付 (有 ・ 無) 5. 身体障害者手帳の交付 (有 ・ 無) (肢体 視覚 聴覚 内部疾患障害)