

# 兄弟姉妹入園申込確認シート

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

園児氏名 \_\_\_\_\_ 園名 \_\_\_\_\_ 新 歳児

氏名 \_\_\_\_\_ 園名 \_\_\_\_\_ 新 歳児

氏名 \_\_\_\_\_ 園名 \_\_\_\_\_ 新 歳児

利用調整は、基準に基づき算出した点数及び希望園を優先に調整します。利用調整の結果、兄弟姉妹が別々の園になった場合、なるべく兄弟姉妹が同じ園に入園できるようにする再調整の希望について、当てはまるものに  してください。

再調整を希望しない。  
(別々の園でもかまわない)

第1希望の園でなくとも、兄弟姉妹が同じ園に入れるよう調整を希望する。  
(必ず一つの園にしてほしい)

その他

(具体的にご記入ください)

<事務担当>  
東員町教育委員会  
学校教育課 TEL:86-2815