

※受付番号・()

入 園 願

令和 年 月 日

袖ヶ浦市立 中川 幼稚園長 様

保護者 住 所

(フリガナ)

氏 名

電話番号

下記の者を貴幼稚園に入園させたいので、ご許可くださるようお願いいたします。

記

(フリガナ) ()

入園希望幼児氏名

性別(○でかこむ) 男 ・ 女

生 年 月 日 平成 年 月 日生

住 所

※印は記入しないこと