

薬院セレステ保育園 入園申込用紙

※園児 1 名につき 1 枚ご記入下さい ※コピー可 20 年 月 日 現在

フリガナ				性別		
園児名				別		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳

対象年齢	0・1・2 歳児	¥39,300	
	3 歳児	¥0 (雑費、給食費等別)	
	4・5 歳児	¥0 (雑費、給食費等別)	

※価格は月極保育料金 (週2日以上) です。対応枠に○をして下さい。
※利用開始時の年齢枠を選択ください

フリガナ			園児との	
保護者氏名			続柄	

フリガナ			
現住所	(〒 -)		
	(マンション等名・室番までお書きください)		
連絡先	(TEL/ 携帯)	—	—
メールアドレス	@		

※info@yakuin-celeste.jp、
info@celeste-hoikuen.jp からのメールを受信出来るよう、設定をご変更下さい

フリガナ			勤務先	()
勤務先名			電話番号	—
勤務先住所				

申込書送付先
< 郵送または FAX >

メールでの
お申込みも可

〒810-0022
福岡市中央区薬院 4 丁目 3-5 セレス薬院 1F
薬院セレステ保育園

FAX 092-707-1999

info@yakuin-celeste.jp