

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					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢 歳

対象年齢	0・1・2歳児	¥45,600	
	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4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			
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)	—	—

保護者①	フリガナ			園児との続柄	
	氏名				
	連絡先	(TEL/ 携帯)	—	—	
	メールアドレス	@		※必ず連絡の取れるメールアドレスをご記入下さい。	
	フリガナ	勤務先	()	電話番号	—
勤務先名					
勤務先住所					

保護者②	フリガナ			園児との続柄	
	氏名				
	連絡先	(TEL/ 携帯)	—	—	
	メールアドレス	@		※必ず連絡の取れるメールアドレスをご記入下さい。	
	フリガナ	勤務先	()	電話番号	—
勤務先名					
勤務先住所					

※利用時の保護者氏名と「父親」「母親」など続柄の記入をお願いします。
※info@yakuin-celeste.jp からのメールを受信出来るよう設定をご変更下さい。

申込書送付先
＜郵送またはFAX＞

〒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

メールでのお申込みも可