



令和7年度 募集要項 (教育標準時間1号認定用)

募集対象	<u>保護者の方の就労の有無に関わらず</u> 、下記対象年齢のお子様をお預かりして教育・保育を行ないます。
対象年齢	3歳児 (R 3年4月2日～R 4年4月1日生まれ) 4歳児 (R 2年4月2日～R 3年4月1日生まれ) 5歳児 (H31年4月2日～R 2年4月1日生まれ)
募集人数	各クラス若干名
願書配布期間	令和6年9月2日(月)～令和6年9月30日(月) 9:00～18:00 除外日 日・祝日
願書受付期間	令和6年9月17日(火)～令和6年10月4日(金) 9:00～18:00
願書配布・受付場所	明の守こども園 羽曳野市市島泉 9-18-20 TEL072-954-9630
提出書類	入園願書・入園申し込み問診票
選考方法	書類選考・面接による。応募多数の場合は抽選にて行ないます。 ※選考結果につきましては、面接日後、1週間以内で郵送にてご報告いたします。
面接日	令和6年10月8日(火) 一組10分程度 保護者の方とお子様と一緒に園までお越しください。 ※設定日でのご都合が合わない場合は、相談に応じます。
保育日	教育を提供する日は、月曜日から金曜日とします。 但し、土曜・日曜・祝祭日と下記の期間は休園となります。(行事の場合あり) 夏期休暇: 8月13日～8月15日 冬期休暇: 12月28日～1月3日 春期休暇: 3月29日～3月31日
保育時間	月～金/8:30～13:30(土曜日行事の場合あり)

[延長保育・土曜保育(給食費含む)・夏期・冬期・春期保育 相談に応じます]

	7:00～8:30	8:30～13:30	13:30～16:30	16:30～19:00	16:30～18:00
平日延長保育	¥100/15分	基本保育時間	¥0	¥100/15分	
土曜保育・延長保育	¥100/15分	¥2,300/1回			¥100/15分
平日長期休暇保育	¥100/15分	¥2,000/1回		¥100/15分	

入園金	30,000円 (入園辞退は返金致しません。)
保育料	無料 ※令和元年10月より無償化が施行されております。
給食費	月額6,000円(主食費2,000円 副食費4,000円) ※月～金 <ul style="list-style-type: none"> ・年間必要経費を按分していますので、保育のない日も含め毎月の徴収となります。 ・その他、園外保育や行事等で実費徴収もあります。 ・体操服や保育用品等をそろえていただくのに15,000円程度必要です。

※上記の金額は令和6年9月1日の価格となります。尚、今後の社会情勢の変化、物価高騰等で給食費等、上記価格が変更になる可能性がありますので、ご理解、ご了承いただけますようよろしくお願いいたします。

その他、ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

受付番号

【入園願書】

令和 年 月 日

社会福祉法人 明の守福祉会
明の守こども園 園長 殿

明の守こども園に入園を希望いたします。

保護者氏名

⑤

ふりがな		性別	生 年 月 日
入園児氏名		男・女	H・R 年 月 日生
現住所	〒		
電話	自 宅	携 帯	
入園希望日	令和 年 月 日		
保育希望時間	時 分 ～ 時 分まで		
入園の理由	該当する項目に○印をつけてください。（複数回答可）		
	① 親の仕事のため（イ. 外勤 □. 自営 ハ. 内職		
	② 保護者や家族が病気や出産などのため		
	③ 就学前の集団による幼児教育を受けたいため		
	④ その他（		

（ 記入・出願上の注意 ）

※ 記入捺印をし、入園申し込み問診票と一緒に直接園に提出してください。

（園記入欄） 1・2 / 3・4・5

問 診 票

社会福祉法人 明の守福祉社会 明の守こども園

園児名	フリガナ	男・女	H・R 年 月 日生	満 歳 か月				
呼び名		平熱	℃	住所	〒			
保護者名	フリガナ 父	携帯番号	父					
	フリガナ 母		母	TEL				
発達の状況	妊婦・出産時の異常		どのような					
	なし		あり →					
	出生後の状況について心配なこと		どのような					
	なし		あり →					
	出生時の身長	体重	首のすわり	寝返り	おすわり	ハイハイ	つかまり立ち	ひとり歩き
	cm	g	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
	2~5歳	・簡単な会話が出来ますか ・自分で着脱しようとしていますか ・友達と一緒に遊ぶことを喜びますか ・自分でトイレに行き、大・小が出来ますか		はい・いいえ (例えば) はい・いいえ (どのようなこと) はい・いいえ はい・いいえ				
身体の様子	・ひきつけたことがありますか ・アレルギーがありますか		なし・あり () なし・あり (症状)		(食品名) かかりつけ病院名 ()			
	・今までに大きな病気にかかったことがありますか		なし・あり (病名)		(心臓・肝臓・ヘルニア・川崎病など) 時期 処置状況 () かかりつけ病院名 ()			
	・毎日続けて飲む薬がありますか		なし・あり (どのような薬)		飲む時間 ()			
	・関節が抜けたことがありますか		なし・あり (どの部分)					
	・その他		*胃腸が弱い (よく吐く・便秘・下痢)		*皮膚が弱い (アトピー・他：)			
	*尿管が弱い (喘息・他：)							
健康受診状況	・受けた健診に○をしてください 4か月健診・9か月から1歳未満健診・1歳7か月健診・2歳児歯科健診・3歳6か月健診							
	他 ()		・上記の健診で何か心配なことを言われましたか		はい・いいえ ()			
その他	・集団生活の経験がありますか いいえ ・ はい → 施設名 ()							

お子さまのことで何か気になること、心配なことがあれば書いてください