



Kodomo Kuni

252 SOUNDVIEW AVE., WHITE PLAINS, NY 10606

(914)949-0067 fax (914)949-0247 e-mail kk@kodomonny.org

入園申し込み書

2026-2027 年度

ふりがな (ローマ字)			
園児氏名			
生年月日 (西暦)	年 月 日 (才)	性別	男 ・ 女
住 所			
電話番号・FAX 番号 E-Mail アドレス	自宅電話 () 携帯電話 ()	FAX () E-Mail :	
ふりがな			
保護者氏名			
勤務先名			
勤務先住所 電話番号	()		
兄弟姉妹の名前・年令			
入園希望年月	年 月		
スクールバス	要	不要	
希望保育時間 [3 才のみ]	1 日保育	午前保育	

原則として、全ての園児は1年を通して
通園するものとする。

保護者氏名 : _____

署 名 : _____

年 月 日