（受付番号　　番）

入　園　願　書

年　　月　　日

扇町同胞幼稚園園長殿

保護者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿

保護者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿

扇町同胞幼稚園の教育方針に賛同し入園を申し込みます。

フリガナ		男　　女
入園児名		
生年月日	西暦　　年　　月　　日	歳
住所	〒 TEL	
当園をお選びになった理由（できれば詳しく）		