こころを咲かそう！岡町福祉会　　明の守みくに学園

令和６年度 募集要項（教育標準時間１号認定用）

募集対象	保護者の方の就労の有無に関わらず、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　２年４月２日～R　３年４月１日生まれ） ４歳児　（H３１年４月２日～R　２年４月１日生まれ） ５歳児　（H３０年４月２日～H３１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５年　９月１日（木）～令和５年　９月２９日（金）９：００～１８：００ 除外日：日曜、祝日
願書受付期間	令和５年１０月２日（月）～令和５年１０月６日（金）９：００～１８：００
願書配布・受付場所	明の守みくに学園　　大阪市淀川区新高３－５－１３　℡０６-６３９３-５２５２
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５年１０月１３日（金）　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１４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

・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20,000円程度必要です。

※上記の金額は令和５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、用品等の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　岡町福祉会
幼保連携型認定こども園
明の守みくに学園　園長　殿

幼保連携型認定こども園　明の守みくに学園に入園を希望いたします。

保護者氏名　　㊞

ふりがな			性別	生　年　月　日
入園児氏名			男・女	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	該当する項目に〇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　　ロ．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、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 岡町福祉会　明の守みくに学園

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	父　フリガナ	携帯番号	父		
	母　フリガナ		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

- 簡単な会話ができますか　はい・いいえ　（例えば　）
- 自分で着脱しようとしますか　はい・いいえ　（どのようなこと　）
- 友達と一緒に遊ぶことを喜びますか　はい・いいえ
- 自分でトイレに行き、大・小ができますか　はい・いいえ

身体の様子

- ひきつけたことがありますか　なし・あり　（　）
- アレルギーがありますか　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　（心臓・肝臓・ヘルニア・川崎病など　）
  なし・あり　（病名　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【　】　）　＊気管が弱い　（喘息・他【　】　）

健康受診状況

- 受けた健診に○をしてください
  前期健診（1～2か月）　後期健診（9～11か月）　1歳6か月児健診　3歳児健診
  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

R3.7.