

受付番号	第 号	新規 ・ 中途	5歳児	
入 園 願				
ふりがな		性別	生 年 月 日	
幼児氏名		男 女	平成 年 月 日	
電話番号	自宅 ()	勤務先又は緊急時の連絡先 ()		
住 所	〒300- 土浦市			
家庭 の 状 況	氏 名	年齢	続柄	職業又は学校・学年
備 考				

上記の者を _____ 幼稚園に入園させたいので許可くださるようお願いいたします。

令和 年 月 日

ふりがな
保護者氏名

土浦市教育委員会教育長 殿