

受 付 票



■太枠内を記入してください

申 込 園 名		高槻市立 認定こども園
ク ラ ス 年 齢		<u>3 歳児</u> (令和 5 年 4 月 2 日～令和 6 年 4 月 1 日生)
申請こども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	令和 年 月 日
受付番号 ※各施設処理欄		

<備考>

- 1 申請子ども 1 名につき申請書 1 部を提出してください。
- 2 募集定員を超える応募があった場合、受付番号に基づき抽選を行います。結果が発表されるまで、この受付票を大切に保管してください。
- 3 子ども 1 名につき希望できるのは 1 園のみです。（2 園以上希望された場合は無効となります。）

受付日
受付印

【問い合わせ先】 〒569-0067 高槻市桃園町2番1号 高槻市 子ども未来部 保育幼稚園事業課 TEL : 072-674-7692 FAX : 072-675-8648
--