



氏名 (ご記入頂いたお名前を幼稚園で使用します。)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
(ふりがな ) ( 英語 )		年齢:      才      ヶ月	
		生年月日:	
保護者の氏名:			
住所:			
電話番号:		携帯番号:	
メールアドレス: (幼稚園からの情報をお届けするのに使用する場合があります)			
保護者の勤務先			
会社名:		会社名:	
住所:		住所:	
電話番号:		電話番号:	
入園時期のご希望: _____年 _____月 ( _____才 _____ヶ月) で入園希望			
ご希望コース: (丸でかこんでください)			
5日コース	8:00-6:00	9:00-4:00	9:00-1:30
3日コース (月 水 金)	8:00-6:00	9:00-4:00	9:00-1:30
2日コース (火 木)	8:00-6:00	9:00-4:00	9:00-1:30
どのようにして当園をお知りになりましたか?			
<input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> ウェブサイト <input type="checkbox"/> 広告 _____			
当園入園を希望の理由			
お子様の健康状態 (アレルギー、障害、持病、病歴、成長状況で気になることなど)			
40ドルの申し込み料と共に以下の住所に郵送してください。 ・出願料40ドルは、いかなる場合においても返金できません。 <b>Make your check payable to: Ricca Children's Learning Center</b> <b>Send the check with this application to: 1510 Brookhollow Dr. Santa Ana, CA 92705</b>			
<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>			
Date Received:	Check #:	Amount Paid:	Enrollment Date :