児　童　氏　名	
児童生年月日	年　　月　　日
園　　名	園

同　意　書

私は、入所申し込み児童の成長・発達について、園入所に関わり綾部市母子保健担当課と連携することに同意します。

綾　部　市　長　　様

年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿