

緊急連絡先

(怪我・病気・災害発生時など責任を持ってもらえる方)

記入日: 平成 年 月 日現在

記入日: 平成 年 月 日現在

ふりがな		性別	自宅住所 〒
児童氏名		男	
生年月日	平成 年 月 日生	女	自宅電話:

優先順位

◆ 連絡先 ◆

父	ふりがな	携帯電話:	
	氏名:		
勤務先	名称	電話:	
	勤務時間: 午前 時 分 より 午後 時 分 まで ★園までの所要時間: 約 分		
母	ふりがな	携帯電話:	
	氏名:		
勤務先	名称	電話:	
	勤務時間: 午前 時 分 より 午後 時 分 まで ★園までの所要時間: 約 分		

◆ 送迎者 ◆

朝		夕	
---	--	---	--

◆ 留守時連絡先 ◆ 緊急性が高く、保護者と連絡が取れない場合、ご連絡致します。

続柄 父方 ()	ふりがな	①自宅住所 ③勤務先名称	電話番号(②携帯)
	氏名:	①〒	①
		③	③
続柄 母方 ()	ふりがな	①自宅住所 ③勤務先名称	電話番号(②携帯)
	氏名:	①〒	①
		③	③

◆ 病院 ◆ 緊急の場合は園かかりつけの病院に連れて行きます。(園のしおり参照)

かかりつけの病院	名称	小児科:	耳鼻科:	眼科:	皮膚科:
	(電話)	()	()	()	()
	名称	歯科:	整形外科:	総合:	その他:
	(電話)	()	()	()	()
保険証	保険証の種類: 協会保険[社会保険] : 国民健康保険 : 公務員等共済組合 : 企業別健康保険組合 : その他				
	記号:				
	番号:				
	保険者番号・名称(保険証の一番下にあります):				

*** 裏面に自宅付近の地図を描いてください(目印になる物を入れて) ***