

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： 令和 年 月 日現在

記入日： 令和 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・令和 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:
	勤務地住所:	
	勤務時間: 午前 時 分 より午後 時 分 まで ★園から職場までの所要時間: 約 分	
母	ふりがな	携帯電話:
	氏名:	
勤務先	名称	電話:
	勤務地住所:	
	勤務時間: 午前 時 分 より午後 時 分 まで ★園から職場までの所要時間: 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・母方	ふりがな	自宅住所:	勤務先名称
	氏名:	TEL:	
		携帯:	TEL:
続柄 () 父・母方	ふりがな	自宅住所:	勤務先名称
	氏名:	TEL:	
		携帯:	TEL:

◆ 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) ***