

緊急連絡先

(怪我・病気・災害発生時など責任を持ってみてもらえる方)

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〒	
				男 女		
児童氏名						
生年月日	平成・令和 年 月 日 生				自宅電話：	

優先順位

◆ 連絡先 ◆

父	ふりがな 氏名：			携帯電話：		
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 氏名：			携帯電話：		
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 氏名：			自宅住所：		勤務先名称 TEL: TEL:
				TEL:		
				携帯：		
続柄 () 父・母方	ふりがな 氏名：			自宅住所：		勤務先名称 TEL: TEL:
				TEL:		
				携帯：		

◆ 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 (電話)	小児科： ()	耳鼻科： ()	眼科： ()	皮膚科： ()
	名称 (電話)	歯科： ()	整形外科： ()	総合： ()	その他： ()
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(保険証の一番下に書いてあります)：					

* * * 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) * * *