



# 緊急連絡カード

年 月 日記入

(フリガナ) 氏 名					登録No.	
生年月日	年 月 日					
住 所	TEL.					
家族構成	保護者氏名(フリガナ)		勤務先(名称)			
			住所			
			TEL.			
			携帯			
	保護者氏名(フリガナ)		勤務先(名称)			
			住所			
			TEL.			
			携帯			
	氏 名	( 歳)	続 柄		勤務先・学校名	
	氏 名	( 歳)	続 柄		勤務先・学校名	
氏 名	( 歳)	続 柄		勤務先・学校名		
緊急連絡 ①②③順 ※空欄禁止	①氏名		関 係		TEL・携帯	
	②氏名		関 係		TEL・携帯	
	③氏名		関 係		TEL・携帯	
緊急時の 希望病院	小児科・内科				TEL.	
	整形外科				TEL.	
	歯科				TEL.	
	その他(眼科等)				TEL.	
※緊急、やむをえない場合は、園に一任させていただきます。						

 連絡先に変更があった場合は、必ずご連絡下さい。

 上記項目を漏れなくご記入の上、裏面に「健康保険証のコピー」を糊で貼りつけて提出して下さい。
