

園児緊急連絡票

ふりがな		続柄	生年月日
児童名		(例・長男)	年 月 日
住所 <small>アパート名・棟号等</small>	〒		
自宅電話			

父	ふりがな	勤務先名
	名前	勤務先住所
	携帯電話	勤務先TEL
	LINE ID	勤務先FAX
	Mailアドレス	
	≪勤務時間≫ 時 分 ~ 時 分 ≪休日≫ 毎週 (曜日) ・ その他 ()	

母	ふりがな	勤務先名
	名前	勤務先住所
	携帯電話	勤務先TEL
	LINE ID	勤務先FAX
	Mailアドレス	
	≪勤務時間≫ 時 分 ~ 時 分 ≪休日≫ 毎週 (曜日) ・ その他 ()	

かかりつけの病院名	血液型
電話番号	型
①保育園で主に利用している病院以外の病院を 希望します ・ 希望しません 小児科 _____ 外科 _____ 整形外科 _____	
②緊急時は輸血を 希望します ・ 希望しません	
保護者名 _____ 印	

◎送迎する方

名前	TEL	関係
名前	TEL	関係

◎緊急時送迎する方

名前	TEL	関係
名前	TEL	関係

入所日	年 月 日	退園日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

※健康保険証・乳幼児医療費受給資格証(オレンジのカード)のコピーも添付してください。