

緊急連絡票

申請日

年

月

日



ふりがな 利用児名				ご家庭での 呼び名			
住所	〒						
自宅電話番号	☎	生年月日		平成	年	月	日
お子さまの平熱	℃		血液型	型 RH() ・ 不明			
順 緊 に 急 の 連 絡 し ① か す ら	氏名		続柄	連絡先 ○印	電話番号(その他の場合は連絡先名も記入)		
	①			自宅 携帯	職場 その他	☎	
	②			自宅 携帯	職場 その他	☎	
	③			自宅 携帯	職場 その他	☎	
	④			自宅 携帯	職場 その他	☎	
ご近所等、 園から連絡して お子さまをお預け 可能な方	氏名		ご関係	住所 ☎			
保 護 者 ①	フリガナ 氏名				携帯電話 番号		
	勤務先名 住所	勤務先名 住所 ☎					
	勤務状況	曜日			時間		
保 護 者 ②	フリガナ 氏名				携帯電話 番号		
	勤務先名 住所	勤務先名 住所 ☎					
	勤務状況	曜日			時間		
アレルギーの有・無	○で囲んでください(有・無) ※有の場合は詳細を記入						
発熱時のお子さまの様子	例) ぐったりする、食欲ない、あまり変化ない、ひきつけの経験など						
体質に合わない薬品名							
その他注意事項							

※携帯電話を所有している場合はご記入下さい(必須) 個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。

個人情報の目的以外の利用・提供はいたしません。