

園児緊急連絡票

記入日 20 年 月 日

ふりがな	クラス	生年月日	20 年 月 日
児童名	組	20 年 月 日	

住所 _____ 自宅電話 () -

父	ふりがな	携帯 ①	②
	名前		
	勤務先名	勤務先住所	
	勤務先電話		
	[勤務時間] 時 分 ~ 時 分	[休日] 日・月・火・水・木・金・土・祝日・シフト制・その他()	

母	ふりがな	携帯 ①	②
	名前		
	勤務先名	勤務先住所	
	勤務先電話		
	[勤務時間] 時 分 ~ 時 分	[休日] 日・月・火・水・木・金・土・祝日・シフト制・その他()	

健康保険証 _____ ある・なし

かかりつけ医を下の空欄に記入ください。

小児科	内科	皮膚科
-----	----	-----

園で利用している病院について

※以下が園で主に利用している病院の一覧です。
利用してよければ○、利用されたくない病院があれば×に、丸をつけてください。

内科	①宮武医院 ○・×	整形外科	①ただクリニック ○・×	歯科	西田こども歯科 ○・×
	②石田クリニック ○・×		②南港病院 ○・×		耳鼻科
外科	①石田クリニック ○・×	眼科	①ふくしま眼科 ○・×	皮膚科	寺前診療所 ○・×
	②南港病院 ○・×		②マツシマ眼科クリニック ○・×		形成外科

以上、相違ありません。

保護者氏名 _____

印 _____

送迎する方	ふりがな	関係	電話	①	携帯・自宅・職場・他	生年月日
	名前			②	携帯・自宅・職場・他	年 月 日
	ふりがな	関係	電話	①	携帯・自宅・職場・他	生年月日
	名前			②	携帯・自宅・職場・他	年 月 日
ふりがな	関係	電話	①	携帯・自宅・職場・他	生年月日	
名前			②	携帯・自宅・職場・他	年 月 日	
送迎する方	ふりがな	関係	電話	①	携帯・自宅・職場・他	生年月日
	名前			②	携帯・自宅・職場・他	年 月 日
	ふりがな	関係	電話	①	携帯・自宅・職場・他	生年月日
	名前			②	携帯・自宅・職場・他	年 月 日

入園 20 年 月 日 退園 20 年 月 日

※裏面に健康保険証・子ども医療に関する医療証のコピーをのり付けしてください。 認定子ども園
または、休日・夜間等診療依頼証のコピーをのり付けしてください。 たかさき子ども園