

緊急連絡票

児童名	ふりがな	生年月日		性別	血液型
		平成	年	月	日
児童名 ②	ふりがな	生年月日		性別	血液型
		平成	年	月	日
保護者名	ふりがな	携帯電話			
		電話			
住所	〒 ー				
第一	氏名	ふりがな		本人との続柄	優先順位
	連絡先	携帯電話			
		電話			
	連絡先からの所要時間及びその方法 約 分(約 Km) 徒歩・自転車・自家用車・バス・電車・その他 ()				
第二	氏名	ふりがな		本人との続柄	優先順位
	連絡先	携帯電話			
		電話			
	連絡先からの所要時間及びその方法 約 分(約 Km) 徒歩・自転車・自家用車・バス・電車・その他 ()				
第三	氏名	ふりがな		本人との続柄	優先順位
	連絡先	携帯電話			
		電話			
	連絡先からの所要時間及びその方法 約 分(約 Km) 徒歩・自転車・自家用車・バス・電車・その他 ()				
保険証	種類	記号	番号	保険者番号	
かかりつけ医院の情報					
内科①		電話			
住所		休診日			
内科②		電話			
住所		休診日			
その他 (外科 皮膚科 他 () 科)					
③		電話			
住所		休診日			

