

一時保育 緊急連絡票

かしわノ木備前町保育園

記入日 令和三年

月 日

記入者

印

フリガナ 児童名		男 女	血液型 型	生年月日 平成 年 月 日		
住所	〒 TEL FAX					
緊急時 連絡先		氏名	続柄	住所		
	1	フリガナ		(連絡先)		
	2	フリガナ		(連絡先)		
	3	フリガナ		(連絡先)		
家族及び同居者		氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名	勤務時間
送迎者	①氏名		続柄	②氏名		続柄
健康保険証確認欄						
区分	国保・社保・共済		被保険者氏名			
事業所名			記号・番号			
①保育園で主に利用している病院以外の病院受診を 希望します ・ 希望しません かかりつけ病院の名称 小児科 外科 整形外科						
②緊急時には輸血を 希望します ・ 希望しません 保護者同意確認欄 保護者氏名 印						

