



記入年月日
令和 年 月 日

緊急連絡票

そらまめ保育室

子どもの名前と生年月日(小さい子から順にご記入ください)		
(フリガナ) (年 月 日生まれ)	(フリガナ) (年 月 日生まれ)	(フリガナ) (年 月 日生まれ)
自宅住所 〒 -		自宅TEL

第① 連絡先	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母	<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	(フリガナ) 氏名	勤務時間 (月～金) : ~ : (土) : ~ :	通勤時間 通常 分・徒歩 分
		勤務先	名称		
			所在地		
			電話番号		
携帯電話					
第② 連絡先	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ その他	<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	(フリガナ) 氏名	勤務時間 (月～金) : ~ : (土) : ~ :	通勤時間 通常 分・徒歩 分
		勤務先	名称		
			所在地		
			電話番号		
携帯電話					

上記以外の 連絡先	③	(フリガナ) 氏名 (続柄)	住所 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 職場・ <input type="checkbox"/> 携帯(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) 電話
	④	(フリガナ) 氏名 (続柄)	住所 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 職場・ <input type="checkbox"/> 携帯(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) 電話

〈災害時に連絡させていただくことがあります〉

遠隔地の 連絡先	(フリガナ) 氏名 (子どもとの関係)	住所 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 職場・ <input type="checkbox"/> 携帯(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) 電話
	(フリガナ) 氏名 (子どもとの関係)	住所 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 職場・ <input type="checkbox"/> 携帯(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) 電話

保険証種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済	かかりつけ病院	名称	TEL
医療証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		名称	TEL
備考			名称	TEL

【本票の運営と管理】

1. 本票は園児がケガ・急病等により、緊急に保護者に連絡及び受診する場合に使用します。
2. 火災・大地震などの災害時、避難する場合には持ち出すことがあります。
3. 個人情報緊急の目的以外には使用しません。不要になった場合には破棄します。