



記入年月日
令和 年 月 日

緊急連絡票

保育園

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)	(フリガナ)	(フリガナ)
(H・R 年 月 日生まれ)	(H・R 年 月 日生まれ)	(H・R 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 名称 勤務先 所在地 電話 () 携帯電話 ()	勤務時間 (月～金) : ~ : (土) : ~ :	通勤時間 通常 分・徒歩 分
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> または記入してください	(フリガナ) 氏名 名称 勤務先 所在地 電話 () 携帯電話 ()	勤務時間 (月～金) : ~ : (土) : ~ :
上記以外の連絡先	③	(フリガナ) 氏名 (続柄)	住所 電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) ()	
	④	(フリガナ) 氏名 (続柄)	住所 電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) ()	

<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 電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) ()
	(フリガナ) 氏名 子どもとの関係 ()	住所 電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) ()
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 科 名称 Tel () 科 名称 Tel () 科 名称 Tel ()
医療証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
備考		

【本票の運用と管理】

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います。
2. 火災・大地震などの災害の時、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。