

# 緊急連絡カード

クラス:

フリガナ 児童名		生年月日 平成 年 月 日生	性別 男・女 入園日 平成 年 月 日			
保護者名 フリガナ	住所 〒	自宅の電話				
保険証	保険者番号	記号・番号	保険者名称			
子育て支援医療費受給資格証	公費負担者番号	受給資格者番号				
<b>緊急連絡順位(病気等の時に迎えに来られる方の順序)</b>						
No.	氏名	続柄	勤務先	勤務時間	電話(勤務先と自宅又は携帯)	定休日
1	フリガナ				勤務先	
					自宅・携帯	
2					勤務先	
					自宅・携帯	
3					勤務先	
					自宅・携帯	
非常災害時(地震・火事)に上記 1, 2, 3 に連絡が付かない場合、迎えに来てもらえる親戚・知人を書いてください						
住所/氏名/電話/続柄						

# 緊急連絡カード

クラス:

フリガナ 児童名		生年月日 平成 年 月 日生	性別 男・女 入園日 平成 年 月 日			
保護者名 フリガナ	住所 〒	自宅の電話				
保険証	保険者番号	記号・番号	保険者名称			
子育て支援医療費受給資格証	公費負担者番号	受給資格者番号				
<b>緊急連絡順位(病気等の時に迎えに来られる方の順序)</b>						
No.	氏名	続柄	勤務先	勤務時間	電話(勤務先と自宅又は携帯)	定休日
1	フリガナ				勤務先	
					自宅・携帯	
2					勤務先	
					自宅・携帯	
3					勤務先	
					自宅・携帯	
非常災害時(地震・火事)に上記 1, 2, 3 に連絡が付かない場合、迎えに来てもらえる親戚・知人を書いてください						
住所/氏名/電話/続柄						