緊急連絡先確認書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組 | ふりがな |  | 生年月日 | 　　　．　　．　　 |
| 園児名 |  |
| 住　所 | 多古町 |
| かかりつけの病院等 | 内　科 |  | 電　話 |  |
| 外　科 |  | 電　話 |  |
| () |  | 電　話 |  |
| () |  | 電　話 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ふ り が な | 続 柄 | 電　話　番　号 | 順 位 |
|  |  | 父 |  |  |
|  |  |
|  |  | 母 |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**※裏面もあります**

**記入例**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **り す** | 組 | ふりがな | **た　こ　　ま　い** | 生年月日 | **R００**．**００**．**００** |
| 園児名 | **多　古　　麻　衣** |
| 住　所 | 多古町　**多古２０００－６** |
| かかりつけの病院等 | 内　科 | **○ ○ 内 科** | 電　話 | **７６－００００** |
| 外　科 | **○ ○ 病 院** | 電　話 | **0000-00-0000** |
| (**耳鼻科**) | **○ ○ 耳 鼻 咽 喉 科** | 電　話 | **７５－００００** |
| () |  | 電　話 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ふ り が な | 続 柄 | 電　話　番　号 | 順 位 |
| **多 古　太 郎** | **た こ　た ろ う** | **父** | **００－００００（職場）** | **４** |
| **090-0000-0000** | **２** |
| **多 古　た ま こ** | **た こ　た ま こ** | **母** | **００－００００（職場）** | **３** |
| **090-0000-0000** | **１** |
| **多 古　米 男** | **た こ　よ ね お** | **祖父** | **００－００００（自宅）** | **５** |
| **お子さんの体調が優れないとき等は、****「順位」の番号順に連絡をします。** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**※裏面もあります**

**記入例**

太枠の中を記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　０ | 歳児 |  り す | 組 | ふりがな | **た　こ　　ま　い** | 性別 | 男・女 |
| 園児名 | **多　古　　麻　衣** |
| ふりがな | **た　 こ　　た　ろ　う** | 備考 |
| 保護者 | **多　古　　太　郎**　　　印  |

|  |  |
| --- | --- |
| ◎　迎えに来る方　◎ | ◎実施日◎ |
| ふ り が な氏　　名 | 関係 | 連絡先 | / | / | / | / |
| ①  **た ま こ** | 母 | **090-0000-0000** |  |  |  |  |
| ②  | 父 | **090-0000-0000** |  |  |  |  |
| ③  | 祖父 | **00-0000（自宅）** |  |  |  |  |
| **記　　入　　し　　な　　い** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

園児引き渡しカード

太枠の中を記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 歳児 | 組 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 園児名 |  |
| ふりがな |  | 備考 |
| 保護者 | 印  |

|  |  |
| --- | --- |
| ◎　迎えに来る方　◎ | ◎実施日◎ |
| ふ り が な氏　　名 | 関係 | 連絡先 | / | / | / | / |
| ① |  |  |  |  |  |  |
| ② |  |  |  |  |  |  |
| ③ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |