



記入日：西暦 年 月 日

緊急連絡先登録用紙（緊急連絡票） / Emergency contact information registration form

本紙にて登録された内容は、園児の急病・ケガ等 緊急連絡・受診を行う場合、天災時に使用し、避難の際には持出すことがあります。個人情報 は緊急の目的以外には使用せず、不要になったら破棄します。

The information registered on this form will be used in the event of a sudden change in your child's health, injury, emergency, need for a medical examinations, or natural disasters, and may be taken from the preschool in an emergency evacuation. Your personal information will only be used for emergency purposes and will be destroyed when no longer needed.

フリガナ /Name in katakana 園児氏名 Child' s Name		性別 Gender
生年月日 Date of Birth	西暦 年 月 日（入園日 歳 カ月）	
フリガナ /Name in katakana 住所 Home Address	〒	
電話番号 Phone Number		

緊急連絡先 /Emergency contact information

1 フリガナ Name in katakana 保護者氏名 Guardian' s Name		続柄 Relation
電話番号 Phone Number		
勤務先所在地 Name of Company and Add.	<勤務日> S・M・T・W・T・F・S・H □不規則シフト /Irregular	
勤務先電話番号 Work Phone Number		
2 フリガナ Name in katakana 保護者氏名 Guardian' s Name		続柄 Relation
電話番号 Phone Number		
勤務先所在地 Name of Company and Add.	<勤務日> S・M・T・W・T・F・S・H □不規則シフト /Irregular	
勤務先電話番号 Work Phone Number		

遠隔地連絡先 /Relative contact information

3 フリガナ Name in katakana 氏名 Name		続柄 Relation
電話番号 Phone Number	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 Home Mobile Work	
4 フリガナ Name in katakana 氏名 Name		続柄 Relation
電話番号 Phone Number	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 Home Mobile Work	

保健情報 /Health insurance information

健康保険証 Health insurance #	記号 番号
種別 Type	国保・社保・共済 National Health・Social・Fraternal insurance
その他の医療証 Any other Medical Insurance	
<備考 /Remarks>	

かかりつけ医 /Family Doctor

小児科 Pediatric clinic	
眼科 Ophthalmic clinic	
歯科 Dental clinic	