

連絡先カード

児童名	ふりがな			男・女	生年月日	平成 年 月 日生			
	氏名							血液型	型
保護者名	通称 (よびな)			健康保険証 記号番号					
	氏名			児童との続柄					
父の勤務先	住所					かかりつけの医師名			
	電話番号					小児科(TEL)			
父の勤務先	氏名	(携帯電話)				外科(TEL)			
	事業社名 所属課								
	所在地			電話番号					
	就労時間								
母の勤務先	氏名	(携帯電話)				備考			
	事業社名 所属課					子どもの平熱			
	所在地			電話番号			_____度		
	就労時間								
緊急連絡先	1	氏名			児童との続柄				
		電話番号							
	2	氏名			児童との続柄				
		電話番号							
	3	氏名			児童との続柄				
		電話番号							
主に送り迎えをする人									