

# 一時保育 緊急時連絡票

社会福祉法人 北養会  
スワン保育園

記入日 令和 年 月 日 記入者 印

フリガナ 児童名		男・女	血液型 型	生年月日 年 月 日	
住所	〒				
	TEL		FAX		
緊急時 連絡先		氏名	続柄	住所	
	1	フリガナ		(連絡先 )	
	2	フリガナ		(連絡先 )	
	3	フリガナ		(連絡先 )	
家 族 及 び 同 居 者	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名	勤務時間
					: ~ :
					: ~ :
					: ~ :
					: ~ :
					: ~ :
送迎者	①氏名: 続柄		②氏名: 続柄		
健康保険証確認欄 ※健康保険証のコピーを添付してください					
区分	国保・社保・共済		被保険者氏名		
事業所名			記号・番号		
① 保育園で主に利用している病院以外の病院受診を 希望します ・ 希望しません かかりつけ病院の名称 小児科 外科 整形外科					
② 緊急時には輸血を 希望します ・ 希望しません 保護者同意確認欄 保護者氏名 印					