

緊急連絡票

※この調査は、お子さまの急病やけがの場合に利用します。

緊急時に救急隊員や病院に提示することがありますので、ご了承ください。

※仕事の関係で、連絡先が変更になりましたら、担任までお知らせください。

学年	1	2	3	4	5	6
組						
番号						

※学年の下に組・番号をご記入ください。

ふりがな			生年月日	平成	年	月	日
児 童 名							
保 護 者 名			() 自宅 TEL				
住 所	合志市須屋		西南小に在籍する兄弟、姉妹				
地 区 名			年 組				
			年 組				
			年 組				
緊 急 連 絡 先	勤務先・氏名 ()		続柄	TEL			
自 宅 也 含 め て () 内 に、連 絡 希 望 順 位 を 記 入 して 下 さ い。	()			TEL			
	()			TEL			
か かり つけ の 病 院	内 科						
	外 科						
	整 形 外 科						
	眼 科						
アレルギ- について	1. アレルギ-の 有・無 (アレルギ-項目:)						
	2. 薬や注射で具合が悪くなったことはありませんか? 1. ない 2. ある()						
心身の事で 連絡しておきたい事	※心や身体のことでも連絡しておきたいことがあれば、お書きください。(毎年お書きください)						