



令和5年度 児童緊急連絡カード

※この調査票はお子さんの緊急の場合に使用されますので正確にご記入ください。
※連絡先が変わった場合は、その都度お知らせください。

学校名	あさぎり町立上小学校		()年(1)組	()番
児童名	ふりがな		児童 生年月日	平成 年 月 日
	氏名			
保護者名	ふりがな		住所	あさぎり町 地区名 ()番地
	氏名			

1. 緊急連絡先は連絡して欲しい順にご記入ください。
2. 携帯電話等を含め必ず連絡がつくようご配慮願います。

自宅の電話番号					
(1) 緊急連絡先	氏名	勤務先等	TEL		
(2) 緊急連絡先	氏名	勤務先等	TEL		
(3) 緊急連絡先	氏名	勤務先等	TEL		
(4) 緊急連絡先	氏名	勤務先等	TEL		
本校在学中の 兄弟姉妹	兄弟姉妹 氏名	年 組	兄弟姉妹 氏名	年 組	
	兄弟姉妹 氏名	年 組	兄弟姉妹 氏名	年 組	

3. 健康保険証の有無

- ・ 有 り ⇨
- ・ 無 し

種 類	記 号	番 号
1.国民健康保険		
2.社会保険		
発行機関 の 名 称		
保険者番号	

4. その他(かかりつけの病院・医院があればその名称)

イ. 内 科		ニ. 眼 科	
ロ. 外 科		ホ. 耳 鼻 科	
ハ. 整形外科		ヘ. 歯 科	

* このカードは教育活動以外の目的には使用しません。
使用後は、責任をもって処分いたします。
裏面の「保健調査票」のご記入もよろしく願います。