

|        |    |      |    |       |     |   |
|--------|----|------|----|-------|-----|---|
| ふりがな   |    |      | 性別 | 男 ・ 女 | 写真  |   |
| 園児氏名   |    |      |    |       |     |   |
| 生年月日   | 年  | 月    | 日  | 血液型   |     | 型 |
| 住所     |    |      |    |       |     |   |
| 自宅電話番号 |    |      |    |       |     |   |
| 家族構成   | 氏名 | 生年月日 |    | 続柄    | 勤務先 |   |
|        |    |      |    |       |     |   |
|        |    |      |    |       |     |   |
|        |    |      |    |       |     |   |
|        |    |      |    |       |     |   |
|        |    |      |    |       |     |   |
|        |    |      |    |       |     |   |

|       |   |      |       |    |      |
|-------|---|------|-------|----|------|
| 緊急連絡先 |   | 電話番号 | 勤務時間  | 休日 | 優先順位 |
|       | 父 | 勤務先  | : ~ : |    |      |
|       | 父 | 携帯電話 | : ~ : |    |      |
|       | 母 | 勤務先  | : ~ : |    |      |
|       | 母 | 携帯電話 | : ~ : |    |      |

|             |            |    |  |  |  |
|-------------|------------|----|--|--|--|
| 保護者以外の緊急連絡先 | ふりがな<br>氏名 | 間柄 |  |  |  |
|             | 住所         |    |  |  |  |
|             | 電話         |    |  |  |  |

※緊急連絡先には、お迎えに可能な方をご記入ください。

|         |       |   |     |      |    |    |      |      |      |    |        |      |    |    |
|---------|-------|---|-----|------|----|----|------|------|------|----|--------|------|----|----|
| 保険証     | 種類    | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 |     | 番号   |    |    |      |      |      |    |        |      |    |    |
| かかりつけ医  | 病院名   |   |     |      |    |    |      |      |      |    |        |      |    |    |
|         | 種別    |   |     |      |    |    |      |      |      |    |        |      |    |    |
|         | 電話番号  |   |     |      |    |    |      |      |      |    |        |      |    |    |
| 特記すべき体質 | アレルギー | ない・ある ( )   |     |      |    |    |      |      |      |    |        |      |    |    |
|         | 予防接種  | 四種混合  | BCG | 風疹麻疹 | 水痘 | ヒブ | 肺炎球菌 | B型肝炎 | 日本脳炎 | 任意 | おたふくかぜ | インフル | ロタ | 平熱 |
|         | その他   |   |     |      |    |    |      |      |      |    |        |      |    |    |

|      |  |
|------|--|
| 保育時間 |  |
|------|--|

ご自宅から園までの地図を簡単に書いてください。（電車、バスをご利用の方は最寄り駅、バス停も記載）

## 承諾書

### 保育中のケガ・病気について

園内において、ケガ・急病等により医師の治療が必要と思われる場合は保護者に連絡し、支持を受ける努力を致します。

保護者と連絡がつかない場合には、園側の判断において園のかかりつけ病院・医師を受信し、担当医師の治療の依頼を致します。

以上のことを承諾します。

署名

印

資格確認証、医療証のコピーを貼ってください