

令和 年度 **緊急連絡票** (保健室用) 滝野川小学校

この連絡票は、学校でけがや病気をしたときに、早急に処置をするためのものです。  
記載事項に変更があった場合は、お知らせください。なお、目的以外には使用しません。

学年・組	年 組 番	性別	男 ・ 女
ふりがな	生 年		平成
児 童 名	月 日		年 月 日
保護者名	自宅TEL		
住 所			
※ 優 先 順 に ご 記 入 く だ さ い	順位	(続 柄など) <b>緊急連絡先</b> 名前・勤め先など	
	1	( ) ----- 勤め先など	携帯TEL ----- TEL
	2	( ) ----- 勤め先など	携帯TEL ----- TEL
	3	( ) ----- 勤め先など	携帯TEL ----- TEL
かかりつけの病院がありましたら、 参考にしますのでご記入ください		内科： 整形外科：	
保険証について ○印をしてください		・国民健康保険      ・社会保険 ・共済組合保険      ・その他( )	
在学中の兄弟がいる場合はご記入 ください		年 組( )・年 組( )	
<b>備考</b> ～身体のことなどで何かありましたらご記入ください～			