

# 一時預かり 児童票

厳浄寺保育園 殿

記入日 平成 年 月 日 記入者 印

フリガナ 児童名				血液型	生年月日		
				型	平成	年	月 日
住所	〒						
	TEL				緊急時連絡先	同右	
	メールアドレス @						
父	フリガナ 氏名				フリガナ 勤務先名		
	勤務先所在地				TEL		
	勤務時間	時 分 ~ 時 分					
	携帯番号						
母	フリガナ 氏名				フリガナ 勤務先名		
	勤務先所在地				TEL		
	勤務時間	時 分 ~ 時 分					
	携帯番号						
健康保険証							
区分	国保・社保・共済			被保険者氏名			
事業所名				記号・番号			

医療機関について

かかりつけ医院				TEL			
① 保育園で主に利用している病院以外の病院受診を <span style="float: right;">希望します ・ 希望しません</span> “希望する”方は医療機関をお書きください 小児科 <span style="margin-left: 100px;">外科</span> <span style="margin-left: 100px;">整形外科</span>							
② 緊急輸血を <span style="float: right;">希望します ・ 希望しません</span> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">保護者氏名 <span style="float: right;">印</span></div>							

送迎と緊急連絡先について

送迎する方						連絡優先順位
名前		続柄		TEL		
名前		続柄		TEL		
上記の他 緊急時に送迎する方						/
名前		続柄		TEL		
名前		続柄		TEL		