緊急連絡票

 学校での，不慮の事故・病気等に際し保護者の方へ連絡するとともに、救急搬送時

　救急隊員へ提供するためのものです。

 それ以外には使用いたしませんので，正確にご記入ください。

|  |
| --- |
|  年　　　組　　　号　　名前 |
|  生年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　　日生 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 緊急時連絡先 |  自　宅 | 住所　　白石町大字 ℡ |
| 勤務先 | 父 | 名前 （勤務先名） 　 ℡ |
| 母 | 名前 （勤務先名） 　 ℡ |
|  その他 |  （携帯電話や上記以外の連絡先）  |

|  |
| --- |
| かかりつけの病院 |
| 内科系 |  ℡ |
| 外科系 |  ℡ |

 ☆　保険証の種類（○をつけてください）

 〔　国保　　・　社保　 ・　その他（　　　　　　　　）　　〕

 ☆ 緊急の場合，保護者の方へどうしても連絡がつかない時は，学校の判断でかかり　　　つけの病院へつれて行きたいと思います。