

## 令和2年度 保護者連絡票

ふりがな 園児名			生年月日	平成・令和 年 月 日
住 所	〒 自宅電話 0774-( )-( ) (固定電話のない方は二重線で削除)			
血 液 型	型 (不明の方は二重線削除)		平 熱	℃
緊 急 連 絡 先	順位	ふりがな 前 (続柄)	職 場	
			名 称	電 話 番 号
	1	( )		
	2	( )		
	3	( )		
4	( )			
か かり つけ 医 師	名 称	医 院 (病 院)	電 話 番 号	( )-( )-( )
説 明	<p>※1 かかりつけ医は病気・けがなど緊急時に受診する場合に参考に把握しておくものです。診療日や診療時間により他の医院に通院する場合があります。</p> <p>※2 緊急連絡先は「職場」、「携帯」の順で連絡します。つながらない事情のある場合は、その日のクラスの「連絡日誌」に記載してください。</p>			

## &lt;健康保険証コピー添付欄&gt;

個人情報は厳重に管理しますので、「健康保険証」のコピー（白黒コピー・縮小で可）を添付してください。（但し、受診後原本確認のため再度もってきてください。）

個人情報は厳重に管理しますので、「京都子育て支援医療費受給者証」のコピー（白黒コピー・縮小で可）を添付してください。（但し、受診後原本確認のため再度もってきてください。）