



緊急連絡先票

| | | | | |
|---------------------------|------|----------------|-----|------|
| フガナ | | | | |
| 児童氏名 | | | | |
| 緊急時 連絡先 | 優先順位 | 連絡先(氏名) | 続柄等 | 電話番号 |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| かかりつ け医 希望の医 療機関 | 内科 | 名称 : 住所 : 電話 : | | |
| | 外科 | 名称 : 住所 : 電話 : | | |
| | 歯科 | 名称 : 住所 : 電話 : | | |
| | 眼科 | 名称 : 住所 : 電話 : | | |
| | 耳鼻科 | 名称 : 住所 : 電話 : | | |
| | その他 | 名称 : 住所 : 電話 : | | |