



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 :		