様式第２号

保 護 者 緊 急 連 絡 票

フ リ ガ ナ		生年月日	平成・令和 年　月　日生 満　才
園　児　名			
現　住　所	〒	自宅の電話 （　—　—　）	
緊急時に連絡の取れる方に○	父（職場・携帯）、母（職場・携帯）、その他（　）		
災害時緊急連絡先（固定電話）	父（職場）、母（職場）、その他（　）		

	父	母
フ リ ガ ナ		
保　護　者 氏　　名		
携帯電話	（　—　—　）	（　—　—　）
勤務先名称 または病気 などの状況		
勤務地 （電話番号）	〒 （　—　—　）	〒 （　—　—　）
勤 務 時 間	平　日　時　分～　時　分 土　曜　時　分～　時　分	平　日　時　分～　時　分 土　曜　時　分～　時　分
通勤時間（片道） 通勤手段	（保育園の送迎含まず）片道　時間　分 （電車・車・バス・自転車・徒歩・その他　）	（保育園の送迎含まず）片道　時間　分 （電車・車・バス・自転車・徒歩・その他　）

祖父母状況	区分		連絡順位	氏名	年齢	同居・別居	住所（電話）	職業・病気の状態
	父方	祖父				同居・別居	電話（　－　－　）	
		祖母				同居・別居	電話（　－　－　）	
	母方	祖父				同居・別居	電話（　－　－　）	
		祖母				同居・別居	電話（　－　－　）	

その他同居の家族	氏　名	続柄	職業	勤務先名称・住所・電話番号	勤務時間
				電話（　－　－　）	平日　時　分～　時　分 土曜　時　分～　時　分
				電話（　－　－　）	平日　時　分～　時　分 土曜　時　分～　時　分

保　　険	種類	国・社・その他（　）	記　号 番　号		保険者番号
かかりつけの医院（小児科）	住所			電話（　－　－　）	
かかりつけの医院（歯科）	住所			電話（　－　－　）	
保育中特に注意してもらいたい事項	平熱＿＿＿℃				