

取 扱 注 意

緊急連絡カード					新座市立第二中学校		青	赤	緑
1年組番	男女	(ふりがな)							
2年組番		氏名							
3年組番		平成 年 月 日生							
自宅住所・TEL		新座市			( )				
連絡方法	保護者氏名 及び 勤務先	続柄 ( )	氏名 : 勤務先 : 勤務先住所 :			TEL ( ) 携帯 — —			
		続柄 ( )	氏名 : 勤務先 : 勤務先住所 :			TEL ( ) 携帯 — —			
	上記以外の 緊急連絡先	氏名 : 続柄 ( )			住所 :			TEL ( )	
		氏名 : 続柄 ( )			住所 :			TEL ( )	
保険証の種類				国保・社保・共済 その他 ( )					
アレルギーについて		有	薬品名	食品名	その他	既往症			
		無							
かかりつけの病院	内科	病院名 TEL		眼科	病院名 TEL				
	外科	病院名 TEL		脳外科	病院名 TEL				
	整形外科	病院名 TEL		皮膚科	病院名 TEL				
	耳鼻科	病院名 TEL		歯科	病院名 TEL				
怪我等により、緊急に学校側でお連れする際、希望の病院があれば、ご記入ください。				病院名 : TEL :					
〈備考〉学校への連絡事項がございましたら、ご記入ください。									

\*年度末の返却の際、記載事項に変更がありましたら、朱書きにて訂正してください。また、年度途中で変更があった場合は、担任あてにご連絡ください。

\*このカードに記載されている情報は、緊急時の連絡以外には使用しません。