

代替保育登録簿

ふりがな				生年月日		血液型	
園児名				電話番号	(自宅)		
住所	〒			電話番号	(携帯番号)		
ふりがな	勤務先	勤務先名		電話番号	(勤務先)		
父氏名					所在地	〒	
ふりがな	勤務先	勤務先名		電話番号	(携帯番号)		
母氏名					所在地	〒	

大きな災害時に父母に異常事態が起きた時のひきとり人

身内の方で		続柄	住所	電話番号
ふりがな			〒	(自宅)
氏名				(携帯番号)
ふりがな			〒	(自宅)
氏名				(携帯番号)
ふりがな			〒	(自宅)
氏名				(携帯番号)
御近所の方で		続柄	住所	電話番号
ふりがな			〒	(自宅)
氏名				(携帯番号)
ふりがな			〒	(自宅)
氏名				(携帯番号)
ふりがな			〒	(自宅)
氏名				(携帯番号)

アレルギー あり・なし	アレルギーとなるもの (使用できない食材・薬・特異体質など)
緊急で受診の際、医師に伝えたいこと	

かかりつけの医師

科	小児科	外科	耳鼻科	歯科
医師名				