

緊急事故発生時の連絡先と搬送医療機関調査票

令和 年 月 日 現在

1 園児・児童・生徒氏名

学 部	学 年	氏 名	平 熱
幼・小・中	年		度 分
幼・小・中	年		度 分
幼・小・中	年		度 分

2 緊急時の連絡先※TEL 記入欄末尾の（ ）に優先順序1～4を記入してください。

保護者氏名		印またはサイン	
自 宅TEL	()	勤務先TEL	()
携 帯 (父)	()	携 帯 (母)	()

3 日本の緊急連絡先

氏 名	
住 所	
T E L	

4 緊急時の搬送医療機関（どちらかに○をつけてください）

学校に一任する ・ 医療機関を指定する

(1) 医療機関を指定する場合、病院名をご記入ください。

	け が の 場 合	疾 病 の 場 合
病 院 名		
病院の住所		
病院の電話番号		

(2) 海外旅行傷害保険に加入されている場合、ご記入ください。

保険会社名	緊急アシスタンスサービスを受ける場合の連絡先 (日本、シンガポール等への移送その他)	備 考

5 その他学校に知らせておいた方がよいことがございましたらご記入ください

--

