

# 基本情報

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		続柄	登録番号（事業所記入）
保護者名	印		<b>R0</b>
対象児童氏名（ふりがな）	呼び名	生年月日（歳）	性別
保育園・幼稚園・学校等			
住所 建物名まで	〒 ー 足立区		
携帯番号		F A X	
緊急連絡先（優先順に3カ所必ず）			
氏名もしくは職場名	続柄	住所	電話番号
災害時避難場所（住所・経路）			
<かかりつけ病院>			
病院名	主治医名		
所在地	電話		
<緊急指定病院> ある方のみ記入			
病院名	主治医名		
所在地	電話		
登録期間	年 月 日	～	年 月 日