

園 児 基 本 票

(記入日: 年 月 日)

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------------|---------------|---------|----------|--------|------------|--|
| 園 児 | フリガナ | | | | 性別 | アレルギー | |
| | 氏名 | | | | 男・女 | 有・無 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳 ヶ月) | | | | | |
| | 続柄 | | | | | | |
| 保 護 者 | フリガナ | | | | | | |
| | 氏名 | 印 | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| | 自宅住所 | 〒 - | | Tel (自宅) | | - | |
| | 勤務場所 (病棟名等) | | | 携帯電話 - - | | Tel (職場内線) | |
| 主 治 医 | 病院名 | | | | | | |
| | 病院住所 | 〒 - | | Tel | | | |
| | 医師名 | | | | | | |
| 保 険 証 | 種類 | 政 共 保 険 者 | 組 国 番 号 | 記 号 | | | |
| | | | | 番 号 | | | |
| 緊 急 連 絡 先 | フリガナ | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | |
| | TEL | Tel - - | | 携帯電話 - - | | | |
| 送 迎 人 の 登 録 | 1 氏名 | 住所 | | | 携帯電話番号 | | |
| | | 続柄() | | | Tel | | |
| | 2 氏名 | 住所 | | | 携帯電話番号 | | |
| | | 続柄() | | | Tel | | |

※お迎えに来られる可能性のある方は、保護者の方も含めて写真の提出をお願いします。
スナップ写真で構いません。

(備考)