児童カード　入園年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 児童名 |  |
| 生年月日 | 平成　　　　年　　　月　　　日生　　　　（　男　・　女　） |
| 住所 | 〒 |
| 電話 | ☎ |
| 保護者連絡先 | 保護者名 | 父　フリガナ | 母　フリガナ |
|  |  |
| 携帯電話 |  |  |
| 勤務先名 |  |  |
| 勤務先住所 |  |  |
| 勤務先電話 |  |  |
| 勤務時間 | 平日　　時　　分～　　時　　分 | 平日　　時　　分～　　時　　分 |
| 土曜　　時　　分～　　時　　分 | 土曜　　時　　分～　　時　　分 |
| 休日 |  |  |
| 通勤時間 |  |  |
| 通勤方法 |  |  |
| 保護者以外緊急連絡先 | 名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　） |
| 住所 |
| 電話 |
| 家族構成 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| かかりつけ医 |  | 病院名 | 医師名 | 住所 | 電話 |
| 外科 |  |  |  |  |
| 小児科 |  |  |  |  |

※裏面に健康保険証のコピーを貼ってください