一 時 保 育 連 絡 票

子どもの氏名	ふりがな		生 年 月 日 西暦　　年　　月　　日生		血 液 型 不明　・　型
住所	〒			電話番号	
保護者氏名	父	ふりがな	母	ふりがな	
携帯電話番号					
メールアドレス					
勤務先					
所在地					
電話番号					
両親以外の連絡先	【氏名】	【続柄】	【住所】		
利用目的	☐ 緊急一時　☐ 冠婚葬祭　☐ 各種会合出席　☐ リフレッシュ（　　）　☐ 仕事				
希望保育時間	：　～　：		かかりつけの医院		
アレルギーの有無 無　・　有　アレルゲン（　　）		過去の大きなケガ・病気 （　　）		かかりつけの医院以外の受診の可否 可　・　否	
写真撮影の可否（園内のみ） 可　・　否	昭和こども園 〒104-0028　中央区八重洲二丁目１番４号 八重洲セントラルスクエア地上２～３階 TEL 03-5542-1731				