

家庭連絡票

フリガナ 生徒氏名			組 番号	1年組番 2年組番 3年組番
住 所	〒(-) 木津川市 TEL () -			
緊急時の 連絡先	①	() -	(場所・誰に)	
	②	() -	(場所・誰に)	
	③	() -	(場所・誰に)	
健康保険の資格情報 (保険証や資格情報を貼付する場合はこちらか裏面へ)				救急搬送の場合、指定する病院名
記号		番号	(枝番)	
氏名			性 別	指定する理由
フリガナ				
生年月日		年 月 日		
資格取得年月日		年 月 日	受診した際に伝えるべき事項 (薬・注射などの副作用等)	
世帯主氏名 又は 被保険者氏名	*1			
被保険者住所	同上・その他()			
保険者番号				
保険者名称				
*1 国民健康保険に加入している世帯は世帯主氏名を、社会保険等に加入している方は被保険者氏名をご記入ください。「被保険者」とは健康保険に加入している方を言います。				
家族構成 (本人は除く)	続柄	氏名(フリガナ)	勤務先、学校等	
同意書				
<p>個人情報保護法の施行に伴い、当該生徒が学校から医療機関に受診した際に、医師から傷病の状況、治療内容、注意事項等について、引率の本校教職員が説明を受けることに同意されますか。どちらかに○をご記入の上、同意される場合は保護者自署をお願いします。</p> <p style="text-align: right;">同意を (する ・ しない) 保護者自署 _____</p>				
承諾書				
<p>学校文書及び各種広報(本校ホームページや新聞、大会プログラム含む)における生徒の氏名、活動の様子や取組の写真、作品の掲載について承諾されますか。どちらかに○をご記入の上、承諾される場合は保護者自署をお願いします。</p> <p style="text-align: right;">承諾を (する ・ しない) 保護者自署 _____</p>				