

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				
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 <small>(資格情報を貼付する場合は、こちらへ)</small>				救急搬送の場合、指定する病院名	
記号		番号	(枝番)	指定する理由	
氏名			性別		
フリガナ					
生年月日		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)
資格取得年月日		年	月	日	
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、社会保険等に参加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>					