緊急時・災害時カード

式会社リトルスター

ふりがな	生年月日
児童氏名　　男　女	平成　　年　　月　　日
自宅住所	自宅電話番号

緊急連絡先

	氏名	続柄	緊急連絡先	
④			勤務先（事業所名）	
			勤務先電話番号	
			携帯番号	
⑤			勤務先（事業所名）	
			勤務先電話番号	
			携帯番号	
⑥			勤務先（事業所名）	
			勤務先電話番号	
			携帯番号	

健康チェック表

アレルギー　　有　無　（詳しく記入；　　）
緊急で受診の際、医師に伝えたい事

	小児科	外科	耳鼻科	歯科
医院名				
電話番号				

※　当社は個人情報保護法に基き、株式会社リトルスターはお客様のプライバシーならびにお客様個人に関わる情報に対して、常に細心の注意を払うことをお約束いたします。