児　童　票

おおな愛児保育園

ふりがな		性 別	生　年　月　日	血液型
児童氏名		男・女	H　年　月　日	型
現住所	〒　　－	TEL（自宅）		
	那覇市			

	続柄	氏 名	生年月日	職 業	勤 務 先 名 所 在 地	勤務先のTEL 携 帯 電 話
家族及び同居者	ふりがな		S／H　・　・			
	父					
	ふりがな		S／H　・　・			
	母					
			・　・			
			・　・			
			・　・			
			・　・			
			・　・			
			・　・			

緊急連絡先	保護者にかわる連絡先		
	ふりがな 氏名	TEL	続柄

かかりつけの病院	TEL
（小児科）	
（耳鼻科）	
（外科）	

※緊急時には園から連絡をしますので、優先順位の記入をお願いします。

（①　　）→（②　　）→（③　　）→（④　　）

【例】（① 母携帯 ）→（② 母職場 ）→（③ 父職場 ）→（④ 祖父 大名太郎 ）

※在園期間中 使用しますので、変更がなければサイン㊞をお願いします。

クラス名	夢ぐみ	夢ぐみ	愛ぐみ	春ぐみ	花ぐみ	星ぐみ	百ぐみ
保護者㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞