

岸本小放課後子ども教室事業 参加登録申込書

申込日 平成 年 月 日

学校・学年・組		伯耆町立 小学校 ____年 ____組	
ふりがな 申込児童氏名		性別	生年月日
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日生 (満 歳)
保護者氏名			
住所		〒 -	
電話番号		()	緊急連絡先 ()
お子さんの様子	お子さんの性格		
	健康について（気をつけること、連絡事項等がありましたら、書いてください。）		
	その他（気になること、連絡事項等がありましたら書いてください。）		

※裏面の緊急連絡票もご記入をお願いします。
※申し込みは、3月21日までに、直接・郵送またはメールで生涯学習室へ提出してください。
※保険料掛金（800円）については、後日支払依頼書を送りますので、それを持って会計課にお支払いください。

※問合せ先 伯耆町教育委員会事務局生涯学習室 （電話 68-0712）

⑧ 緊急連絡票

◎この調査票は、お子さんが活動中にけがや体調をくずしたときの連絡に使用します。
記載事項に変更が生じましたら、その都度コーディネーターか生涯学習室へお知らせください。

学年・組	年 組
ふりがな	
氏 名	

◇緊急時の連絡先（必ず連絡がとれる連絡先をご記入ください。）

連絡順位	氏 名	連絡先名称（続柄等）	電話番号 1	電話番号 2
		()		
		()		
		()		
		()		

◇緊急時に希望する医療機関がありましたらご記入ください。

※ 家族と連絡が取れず、緊急時やむをえない場合は、対処させていただきます。また、万が一の怪我等の場合、加入の保険の範囲内で対処させていただきます。ご了解いただける方は、下の□内にチェックをお入れください。

- ・ 家族と連絡がとれず、緊急時やむをえない場合の対処を了解します。 ☐
- ・ 万一の怪我の際、保険の範囲内で対処することを了解します。 ☐

保険証の種類	国民保険 ・ 社会保険 ・ その他 ()
--------	-----------------------

診療科目	医療機関名	電話番号	診療科目	医療機関名	電話番号
内 科			眼 科		
外 科			耳 鼻 科		
整形外科			歯 科		

◇アレルギーについてご記入ください。

薬 [なし あり]	食べ物 [なし あり]	その他 [なし あり]
反応する薬	反応する食物	反応する物質

◇診察のとき、医師に必ず伝えなければならないことがありましたらご記入ください。

--