

② 緊急連絡表

年 月 日 記入

会員番号	会員種別 <input type="checkbox"/> 依頼 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 両方		
フリガナ			
会員氏名 (保護者氏名)			
フリガナ			
子ども氏名	男・女	生年月日 (年 月 日) (歳 か月)	日生
住所	TEL FAX メール		
緊急連絡先	携帯電話番号		
	勤務先名称		
	勤務先住所		
	連絡先		
緊急時の連絡方法	<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 勤務先電話
優先順位	()	()	() ()
提供会員宅「地域防災拠点」:			
寝屋川市ファミリー・サポート・センター TEL 072-839-8817 メール famisapo@city.neyagawa.osaka.jp			
中毒110番	072-727-2499		
タバコ誤飲事故専用電話	072-726-9922		
救急安心センターおおさか	#7119 または 06-6582-7119	(24時間365日)	
小児救急電話相談	#8000 または 06-6765-3650	(夜間20:00からAM8:00)	
休日診療 (日・祝・12/30から1/4)	市立保健福祉センター 1F 072-828-3931	池田西町28-22	
【確認してください】			
1 提供会員は大切な命を預かる活動です。活動中は子どもから絶対に目を離しません。			
2 個人情報口外しません。情報の取り扱いには十分に気をつけます。			
3 依頼会員は子どもを預ける時に、前日の様子・当日の様子(食事・睡眠・排泄等)を提供会員に正確に伝えます。 (必ず検温して預けます。)			