

取扱注意

おねがい会員登録カード

静岡市緊急サポートセンター

会員番号 O-	ふりがな	写真添付 簡単な印刷でOK (普通の紙でもOK)
(〒 -)	保護者氏名	
住所		
電話 ()	FAX -	
携帯電話	駐車場 有 ・ 無 No.	

家族構成 (同居家族全員)

続柄	氏名	生年月日	職場・学校名・園	連絡先	家を出る時間 帰宅時間
本人 (保護者)		S/H/R 年 月 日			
		S/H/R 年 月 日			
		S/H/R 年 月 日			
		S/H/R 年 月 日			
		S/H/R 年 月 日			
		S/H/R 年 月 日			
		S/H/R 年 月 日			
		S/H/R 年 月 日			

緊急連絡先	続柄	番号

かかりつけ 病院	小児科	電話	担当医師名
		電話	担当医師名

☆備考 *避難場所() *保護者実家 父： 母：

*この情報は必要に応じてサポート時に提供させていただきます。

上記の通り、静岡市緊急サポートセンターへの入会を申し込みます。

年 月 日

氏名

