

— ひきとりカード —



氏名 _____ 年 月 日生

住所 _____ 血液型 _____ 型

TEL _____ 保険証番号 _____

備考：(アレルギー・体質 等)

< 緊急時連絡先 >

	名前	続柄	勤務先	TEL	所要時間
1				
2				
3				

< かかりつけ医 >

医院名	所在地	電話番号

< 引き渡し >

場所	日時	氏名	職員

— ひきとりカード —



氏名 _____ 年 月 日生

住所 _____ 血液型 _____ 型

TEL _____ 保険証番号 _____

備考：(アレルギー・体質 等)

< 緊急時連絡先 >

	名前	続柄	勤務先	TEL	所要時間
1				
2				
3				

< かかりつけ医 >

医院名	所在地	電話番号

< 引き渡し >

場所	日時	氏名	職員