

家庭連絡票 (家庭との連絡や緊急搬送にかかる連絡用等に使用します)

ふりがな (性別)		性別	ローマ字表記
児童生徒氏名			
① 家族構成 保護者左、その他右の欄 にお書きください。	ふりがな (続柄)	その他ご家族(本人、保護者、後見人を除く)	
	② ふりがな (続柄)		
自宅住所 (郵便番号含む)		自宅電話番号	
保護者(後見人)等 緊急時の連絡先 携帯電話番号 緊急時の連絡順に お書きください。	① 保護者等緊急連絡先(お名前と続柄を記載)	緊急連絡 携帯電話	連絡先メールアドレス*
	② 保護者等緊急連絡先(お名前と続柄を記載)	緊急連絡 携帯電話	連絡先メールアドレス*
	③	勤務先名	勤務先電話番号
	④	勤務先名	勤務先電話番号
		* 御記載いただいたメールアドレスに、【事務連絡】として毎月銀行口座引き落とし前に事前にメール配信させていただきます。	
児童生徒に関する項目		予防接種名	接種時期(西暦)
生年月日 (元号と西暦を並記)	平成 年	三種混合 第Ⅰ期 (百日咳、破傷風、ジフテリア)	年 月 日
パスポート番号			年 月 日
N I E 番号			第Ⅱ期 年 月 日
出生地(国・都道府県名)		ポリオ(小児麻痺)	1回目 年 月 日
出生時の体重	g		2回目 年 月 日
麻疹(はしか) 病歴	歳	麻疹(はしか)	年 月 日
風疹(三日はしか) 病歴	歳	風疹(三日はしか)	年 月 日
水痘(水ぼうそう) 病歴	歳	日本脳炎(基礎)	年 月 日
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 病歴	歳	日本脳炎(追加)	年 月 日
その他の既往症(病名と発症年齢)		流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	年 月 日
		ツベルクリン反応	
		BCG接種	年 月 日
現在継続治療中の処置(服用薬等)		その他の予防接種(予防接種名と接種年月日)	
			年 月 日
			年 月 日
アレルギー		家庭での病院の指定の有無 指定病院名と連絡先	
		病院名	
		電話番号	
生育歴		家庭での教育方針・進路希望等	
渡西年月日(西暦)	年 月 日		
スペインでの生活年数	年 月		
他の海外生活経験 (場所、期間)			
通学方法		地点	
備考			

※ここに記入された内容については、今後の本校での教育活動で必要な場合のみに利用するもので、他の目的で使うことや他に公開することはありません。

こちらにNIEコピーの両面(コピーは白黒,カラーのどちらでもかまいません。)
(またはパスポートコピー)を貼ってください。
取得が編入後の場合は、取得し次第、
再度こちらのエクセルにはりつけてお送りください。

児童生徒名

NIE表面

NIE裏面