

緊急連絡先フォーム

学生情報:

- 名前: _____
- 生年月日: _____年__月__日
- 日本での電話番号(連絡手段): _____
- 日本での滞在先住所: _____
- 日本での滞在先電話番号: _____

保護者/緊急連絡先情報:

1. 保護者/連絡先 1

- 名前: _____
- 関係: _____
- 電話番号(携帯): _____
- その他 LINE、メッセージャー、WhatsApp 等: _____
- メールアドレス: _____

2. 連絡先 2 (任意)

- 名前: _____
- 関係: _____
- 電話番号(携帯): _____
- その他 LINE、メッセージャー、WhatsApp 等: _____
- メールアドレス: _____

医療情報: 詳しくお書きください。

- 既往歴やアレルギー: _____
- 現在服用している薬: _____
- かかりつけ医師の名前: _____
- かかりつけ医師の電話番号: _____

保護者の同意: 私は、緊急事態が発生した場合、上記の連絡先に直ちに連絡が取られることを承諾します。また、必要な場合には、上記の医療情報に基づいて適切な医療処置が行われることに同意します。

日付: _____年__月__日

保護者の名前(署名): _____

保護者の名前(印字): _____