



### Emergency Contact Information

#### 緊急連絡先

**\*Please fill this form in English only and write as clearly as possible.**

アルファベット表記、ブロック体でご記入ください。

**\*At least 3 emergency phone contacts required (including parents and guardians).**

**\*緊急連絡先となる方が少なくとも3名必要です（保護者を含む）。**

Submission Date 提出日: (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Child's Name お子様の名前: \_\_\_\_\_

Child's Date of Birth お子様の生年月日 (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Home address 住所: \_\_\_\_\_

Allergies アレルギーの有無:  No 無 /  Yes 有

Family Doctor かかりつけ医: \_\_\_\_\_

\*Please provide the name of medical institution where you usually take your child for primary care.

普段、お子様が病気や体調不良の際に受診する医療機関をご記載ください。

**OIST Parent/ Guardian Name OIST 父母/ 保護者氏名:**

\_\_\_\_\_ Section/Unit: \_\_\_\_\_

Work Extension 職場の内線番号:	Work Cell 職場の携帯電話番号:
Cell phone 携帯電話:	Other Phone その他電話番号:
Email address メールアドレス:	

**Parent/ Guardian Name 父母/ 保護者氏名:** \_\_\_\_\_

Work Extension 職場の内線番号:	Work Cell 職場の携帯電話番号:
Cell phone 携帯電話:	Other Phone その他電話番号:
Email address メールアドレス:	

**Alternative Pick-Up Authorization 代理/緊急時の送迎代行者**

Name 氏名	Relation 関係/間柄	Phone 電話番号

Students will not be permitted to leave with unauthorized people unless prior notice is given to teacher or parent confirmation is received.

\*保護者の認証が得られていない場合、先生へ事前通知されていない場合は、生徒の降園は許諾されません。

**CONFIRMED 確認済み**

Date							
Signature							