



緊急連絡先 Emergency Contact Information

児童氏名 Child`s Name: _____

児童生年月日(月/日/年) Child`s Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____

アレルギーの有無 Allergies: 無no / 有yes

スクールエイジプログラムから連絡を取る必要がある場合に、最初に連絡を取る保護者のボックスをチェックし、ご希望の連絡方法に丸をおつけください。

Please **check** the box for the first person to contact in case we need to get in touch with you and **circle** the best way to contact you.

OIST 保護者氏名 OIST Parent/Guardian Name:

セクション Section / ユニット Unit : _____

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

保護者氏名 Parent/Guardian Name: _____

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

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

氏名 Name	関係/間柄 Relation	電話番号 Phone

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

確認済み CONFIRMED

