

日本語補習校での学年 \_\_\_\_\_ 年

緊急連絡カード (様式 2)

*Personal Data Sheet - The Japanese Language School of Raleigh Inc.*

英語あるいはローマ字で記入下さい。(事故などが発生した場合にお医者さんなどが必要な情報です。)  
また記入は全て、黒または青のインク(ボールペン可)をお願いします。

Student No. (生徒番号): \_\_\_\_\_ E-mail Adress: \_\_\_\_\_

SSN/ITIN(Optional): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_  
生徒氏名 Last (氏) First (名) Middle F/M

Birth Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Place of Birth \_\_\_\_\_ Nationality \_\_\_\_\_  
(誕生日) (月/日/年) (出生地) (国籍)

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
(保護者氏名)

Address \_\_\_\_\_  
(住所)

Phone: [Home] \_\_\_\_\_ [Office] \_\_\_\_\_ [Cell] \_\_\_\_\_  
(電話番号: 可能な限り緊急時に連絡が付き連絡先をお願いします。) [Cell] \_\_\_\_\_

Emergency Medical Information:

Note: - Any unusual physical disabilities, convulsive disorders, latex or severe allergies, diagnoses, daily medications, etc.

- Any conditions for which the school must extend extraordinary care.

(発作、ゴム手袋などによるアレルギー等あれば全て記入下さい。無い場合は None あるいは N/A と記載下さい。)

Family Doctor: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Your Preferable Emergency Hospital: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Person 1. \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_  
(保護者に連絡がつかない場合の緊急連絡先)

Person 2. \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Any additional information needed by school: \_\_\_\_\_

Your Insurance Company: \_\_\_\_\_ member No. : \_\_\_\_\_

**I give permission for my child to be treated in case of an emergency. And I also authorize a representative of the JLSR to be the responsible person.**

(保護者が病院に間に合わないさいに、治療を受けるために必要な署名です。これが無い場合は病院での治療が受けられない場合がありますのでご注意ください。)

Name of Child \_\_\_\_\_

Name of Guardian \_\_\_\_\_ Signature of Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of Authorized Person \_\_\_\_\_ Signature of Authorized Person \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(Authorized Person の欄へは病院等へ付き添った運営委員が記入する為、記載する必要はありません。)

\*Immediate notification is required in case of changing above contents.

(上記内容に変更等が生じた場合は速やかにご連絡下さい。)

(2008年2月改訂)