

奈良市消防局長

届出者

学校名 ○○○○

校長 ○ ○ ○ ○ 公印

エピネフリン自己注射薬の交付を受けている児童・生徒の情報提供

(新規届 ・ 変更届) どちらかに○をつけて下さい

1、児童・生徒

ふりがな
氏 名

(平成 ○ ○ 年 3 月 卒業・予定)

() 平成 年 月 日生 歳

住所

2、アレルギー(起因する物質)

3、症 状

4、処方を受けた医療機関

医療機関名

担当医氏名

() ()

所在地

電話番号

5、保 護 者[緊急時連絡者] (保護者1に連絡がとれない場合に保護者2に連絡します)

保 護 者 1

保 護 者 2

ふりがな
氏 名 () ()

電 話 () ()

6、特に気を付けなければならないこと(あれば記入)

7、保護者の承諾

上記の情報提供について承諾します。

平成 年 月 日

保護者名

印