様式13−①

第　　号

令和　年　月　日

奈良市消防局長

届出者

学校名　〇〇〇〇

校長　〇 〇 〇 〇 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 ） どちらかに〇をつけて下さい

1、児童・生徒 ふりがな 氏　名　（令和 〇 〇 年 3 月 卒業・予定） （　　）　平成・令和　年　月　日生　歳 住所
2、アレルゲン（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。 令和　年　月　日 保護者名　印