

子育てタクシー 登録カルテ

登録年月日 年 月 日

保 護 者	ふりがな 氏名				続柄:
	住所	〒			
	自宅電話番号			携帯電話番号	
	緊急連絡先			メールアドレス	
妊婦の方はこちらにご記入ください		氏名		出産予定日	年 月 日
お 子 様	氏名 (ふりがな)	氏名 (ふりがな)		氏名 (ふりがな)	
	男・女	男・女		男・女	
	〈生年月日〉 平成 年 月 日 (歳)	〈生年月日〉 平成 年 月 日 (歳)		〈生年月日〉 平成 年 月 日 (歳)	
	保・幼・小・中 年 組 担任:	保・幼・小・中 年 組 担任:		保・幼・小・中 年 組 担任:	
	主な送迎先	主な送迎先		主な送迎先	
	〈名称〉 〈所在地〉	〈名称〉 〈所在地〉		〈名称〉 〈所在地〉	
	〈名称〉 〈所在地〉	〈名称〉 〈所在地〉		〈名称〉 〈所在地〉	
	〈各種シート〉【目安体重】 <input type="checkbox"/> 新生児シート 【～10kg】 <input type="checkbox"/> チャイルドシート 【9～18kg】 <input type="checkbox"/> ジュニアシート 【15kg～】 <input type="checkbox"/> シート不要 〈その他伝達事項等〉	〈各種シート〉【目安体重】 <input type="checkbox"/> 新生児シート 【～10kg】 <input type="checkbox"/> チャイルドシート 【9～18kg】 <input type="checkbox"/> ジュニアシート 【15kg～】 <input type="checkbox"/> シート不要 〈その他伝達事項等〉		〈各種シート〉【目安体重】 <input type="checkbox"/> 新生児シート 【～10kg】 <input type="checkbox"/> チャイルドシート 【9～18kg】 <input type="checkbox"/> ジュニアシート 【15kg～】 <input type="checkbox"/> シート不要 〈その他伝達事項等〉	
アンケートにご協力下さい	・ 弊社の子育てタクシーサービスはどのようにお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 弊社ホームページ <input type="checkbox"/> 近鉄楽元気生活 <input type="checkbox"/> チラシ() <input type="checkbox"/> その他()				

※サービスの提供にあたって知り得た個人情報については、子育てタクシーの配車以外の目的には利用しません。
 ただし、緊急の必要性があるときは医療機関等に心身の状況等の情報や家族の情報を提供することがあります。

弊 社 使 用 欄	<input type="checkbox"/> 現収 <input type="checkbox"/> 未収 〈特記事項〉
-----------------------	---