

緊急時医療許可証

尚武館吉本道場殿

私、\_\_\_\_\_ の保護者は、私の子供が疾病、または事故に見舞われ私に速やかに連絡が取れない場合は、私への連絡を待たずに子供が医療行為を受けることを認めます

平成 年 月 日

住所

電話番号

保護者氏名

印

※本許可証は尚武館吉本道場を退会するまで有効とする

特有のアレルギー、慢性疾患、その他

保護者以外の緊急連絡先

氏名:

関係:

住所:

電話番号:

保護者以外の緊急連絡先

氏名:

関係:

住所:

電話番号: