**従業員緊急連絡先フォーム**

| 従業員情報 |
| --- |
| 従業員名 |  | 従業員 ID |  |
| SSN |  | 立場 |  |
| 住所 |  | 電話 1 |  |
|  | 電話2 |  |
|  | 電子メール |  |
|  | 完了した日付 |  |
| 緊急連絡先 |
| 連絡先 1 名 |  | 繋がり |  |
| 電話 1 |  | 電話2 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 2 名 |  | 繋がり |  |
| 電話 1 |  | 電話2 |  |
| 住所 |  |

|  |
| --- |
| **コメント** 緊急治療提供者と共有したい医療または個人情報の詳細を入力してください。 |
| アレルギー |  |
| 医薬品に対するアレルギー |  |
| 現在服用中の医薬品 |  |
| 他 |  |

| 医療相談窓口 |
| --- |
| 医師名 |  | 電話 |  |
| 歯科医名 |  | 電話 |  |
| 優先病院 |  | 電話 |  |

|  | 上記の情報は自発的に提供されており、緊急時に私の代わりに連絡を承認します。 |
| --- | --- |

| 従業員署名 |  | 日付 |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **完成したフォームの送信先** |  | **レック・バイ** |  | **日付 REC'D** |  |

|  |
| --- |
| **免責事項**Web サイト上で Smartsheet から提供される記事、テンプレート、または情報は参照用です。情報を最新かつ正確に保つよう努めていますが、当サイトまたはウェブサイトに含まれる情報、記事、テンプレート、関連するグラフィックスに関する完全性、正確性、信頼性、適合性、または可用性について、明示または黙示的ないかなる表明も保証も行いません。したがって、そのような情報に対する信頼は、お客様の責任で厳重に行われます。 |