



北海道



ヘルプカード

あなたの支援が必要です。

【自由記述欄】

※ 配慮してほしいこと等をご自由にご記入ください。

年 月 日作成

(ふりがな)

氏名

(男・女)

住所

生年月日

年 月 日

血液型 (型)

Rh + -

障がい名・病名等:

かかりつけ医療機関:

Tel:

- -

(主治医:

)

緊急連絡先

第1連絡先

続柄

Tel:

第2連絡先

続柄

Tel: