






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。






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： | | |

| | | |
|------------------|-------|--------------------|
| 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： | | |