

ヘルプカード様式

あなたの支援が必要です。					
ヘルプカード					
		長崎県			
年 月 日 作成					
ふりがな 名 前				(男 ・ 女)	
住 所					
生年月日	年	月	日	血液型	型 Rh + -
障害名 病 名					
連絡先	— — ()				
緊急連絡先	()				
	TEL : — —				
かかりつけ医療機関					
TEL	—	—	主治医 ()		
お願いしたいこと					