



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			