


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 | | | |