

折って貼付ける

医療機関 (かかりつけ) 連絡先		大切な連絡 (このカードをご覧になった方へ)	
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・通学先 <input type="checkbox"/> その他 ( )		性別 男・女	血液型 R・H ± A・B・O・AB
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・通学先 <input type="checkbox"/> その他 ( )		生年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 通学先 <input type="checkbox"/> その他 ( )		住所	
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 通学先 <input type="checkbox"/> その他 ( )		名前	

【自由記述欄】

※配慮してほしいことなどをご記入ください。

©2015 秋田県んだッチ

あなたの支援が必要です  
**ヘルプカード**

秋田県

©2015 秋田県んだッチ

二つに折って完成

