

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
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・通学先 <input type="checkbox"/> その他 ()		血液型	RH± 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
連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・通学先 <input type="checkbox"/> その他 ()		住所	
		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

