

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



長野県

年 月 日記入

(ふりがな)		
氏名		(男・女)
住所		
連絡先		
生年月日	血液型	
年 月 日	型 (Rh + -)	
緊急連絡先	名前 関係()	
	電話番号:	

【医療などの情報】

障害名 病名	
医療機関 (かかりつけ) 連絡先	医療機関名:
	電話番号:
	担当医:

【お願いしたいこと】



長野県社会福祉センター（パルクマ）
© 長野県パルクマ