



ヘルプカード様式

<p>あなたの支援が必要です。</p> <p>ヘルプカード</p>					
		<p>長崎県</p>			
<p>年 月 日 作成</p>					
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 ()		
<p>お願いしたいこと</p>					