

私が配慮や手助けをして欲しいこと

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



滋賀県

ふりがな		
氏名	(性別 )	
住所		
生年月日	年 月 日	血液型( 型)
連絡先		Rh + -
緊急連絡先	( )	

障害名 病名	
かかりつけ 医療機関	
連絡先	(主治医: )
自由記載欄	