

あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



さ の 野 市

① 私のこと

わたし
ふりがな
な まえ
名 前

じゅう しょ
住 所

せいねんがっぴ ねん がつ にち
生年月日 年 月 日

② 緊急連絡先

な まえ わたし
名前 私との
でんわ かんけい
電話 (Fax) 関係

な まえ わたし
名前 私との
でんわ かんけい
電話 (Fax) 関係

③ お願いしたいこと

④ 障がいや健康状態等に関すること

⑤ 医療に関すること

いりょう かん
かかりつけの病院
でんわ
電話

けつえきがた
血液型 Rh + ・ - 型

の
飲んでいる薬

アレルギー^{など}

⑥ 自由記載欄

じゅうきさいらん

てだす ひつよう
あなたの手助けが必要です。
ひら
カードを開いてください。

発行 佐野市こども福祉部障がい福祉課
電話 0283-20-3025
FAX 0283-24-2708