

 <p>首 主 目 </p> <p>1-4211</p> <p>あなたの支援が必要です。</p>	<p>記入日 年 月 日</p> <p>緊急連絡先</p>
	<p>第1連絡先</p> <p>氏名 電話</p> <p>住所 続柄</p>
<p>障がいや病気、手助けしてもらいたいこと</p> <p>わたし</p> <p>私は</p>	<p>第2連絡先</p> <p>氏名 電話</p> <p>住所 続柄</p>
<p>私 の 名 前</p>	<p>かかわりのある人・施設・団体名</p>
<p>住所 〒 -</p>	<p>かかりつけ病院 電話</p> <p>いつも飲んでいるくすり</p>
<p>自宅電話</p> <p>生年月日 年 月 日</p>	<p>持病・アレルギー</p>
<p>携帯電話</p>	<p>装具・医療器具</p>