
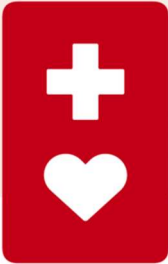




<div>あなたの支援が必要です。</div> <div>ヘルプカード</div> <div> 岩手県</div> <div></div>	(ふりがな)		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	血液型 (型)
	住 所		
	連絡先		
	緊急連絡先		
	障がい名、病名：		
	かかりつけ医療機関：		
	TEL： - - (主治医：)		
	お願いしたいこと：		

<div>あなたの支援が必要です。</div> <div>ヘルプカード</div> <div> 岩手県</div> <div></div>	(ふりがな)		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	血液型 (型)
	住 所		
	連絡先		
	緊急連絡先		
	障がい名、病名：		
	かかりつけ医療機関：		
	TEL： - - (主治医：)		
	お願いしたいこと：		