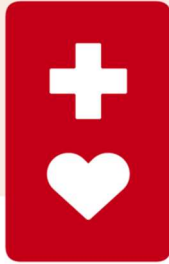


あなたの支援が必要です。

ヘルプカード



岩手県



(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：