|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| あなたの避難がみんなの命を救う！  葵団地防災カード  記入年月日　　　年　　月　　日  確認年月日　　　年　　月　　日  このカードの中に  お願いしたいことが書いてあります。 |  | あなたの避難がみんなの命を救う！  葵団地防災カード  記入年月日　　　年　　月　　日  確認年月日　　　年　　月　　日  このカードの中に  お願いしたいことが書いてあります。 |
|  |  |  |
| あなたの避難がみんなの命を救う！  葵団地防災カード  記入年月日　　　年　　月　　日  確認年月日　　　年　　月　　日  このカードの中に  お願いしたいことが書いてあります。 |  | あなたの避難がみんなの命を救う！  葵団地防災カード  記入年月日　　　年　　月　　日  確認年月日　　　年　　月　　日  このカードの中に  お願いしたいことが書いてあります。 |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | (ふりがな) |  | | | 氏　　名 |  | | | 住　　所 |  | | | 生年月日 | 年　月　日 | 血液型(　　　型）  RH ＋ － | | 連絡先(自宅) |  | | 緊急連絡先(続柄)： | | | | 病名・障害名等： | | | | かかりつけ医療機関: (主治医：　　 ) | | | | TEL： | | |   理解・援助・配慮等をお願いしたいこと（その他の連絡先） |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | (ふりがな) |  | | | 氏　　名 |  | | | 住　　所 |  | | | 生年月日 | 年　月　日 | 血液型(　　　型）  RH ＋ － | | 連絡先(自宅) |  | | 緊急連絡先(続柄)： | | | | 病名・障害名等： | | | | かかりつけ医療機関: (主治医：　　 ) | | | | TEL： | | |   理解・援助・配慮等をお願いしたいこと（その他の連絡先） |
|  |  |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | (ふりがな) |  | | | 氏　　名 |  | | | 住　　所 |  | | | 生年月日 | 年　月　日 | 血液型(　　　型）  RH ＋ － | | 連絡先(自宅) |  | | 緊急連絡先(続柄)： | | | | 病名・障害名等： | | | | かかりつけ医療機関: (主治医：　　 ) | | | | TEL： | | |   理解・援助・配慮等をお願いしたいこと（その他の連絡先）  ※両面印刷（長編綴じ）し，記入年月日が表になるように山折りします。  ※記載事項については，適宜追記・修正をしてください。 |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | (ふりがな) |  | | | 氏　　名 |  | | | 住　　所 |  | | | 生年月日 | 年　月　日 | 血液型(　　　型）  RH ＋ － | | 連絡先(自宅) |  | | 緊急連絡先(続柄)： | | | | 病名・障害名等： | | | | かかりつけ医療機関: (主治医：　　 ) | | | | TEL： | | |   理解・援助・配慮等をお願いしたいこと（その他の連絡先） |