

氏名		生年月日	大正 昭和	年 月 日	性別	男女
住所					血液型	
連絡先						
かかりつけの病院名						
持病の名称						
障がいの状態						
いつも服用している薬の名称						
ご近所の連絡先	役職等	氏名	連絡先			
	自治会長					
	民生委員					
	避難支援者またはご近所の親しくしている方					
親族の連絡先	あなたとの関係	氏名	連絡先			
備 考 欄						
※何か避難所や病院での配慮事項がありましたらご記入ください。						