

聴 覚 障 が い 者 用 S O S カ ー ド 申 請 書

氏 ふりがな 名			
年 月 日 生	年 月 日	血 液 型	型
住 所	〒 - 佐世保市		
連 絡 先	(TEL / FAX)		
か か り つ け 病 院			
持 病			
緊急連絡先①	(TEL / FAX)		
緊急連絡先① の 氏 名	(ろうあ者 / 聴者)	続 柄	
緊急連絡先②	(TEL / FAX)		
緊急連絡先② の 氏 名	(ろうあ者 / 聴者)	続 柄	

その他要望欄	
--------	--