

防 災 カ ー ド



氏名		性別	生年月日	血液型
		男・女		型
住所・電話番号				
〒				
TEL : ()				
かかりつけの医療機関		病気・アレルギーなど		
家族の連絡先				
氏名	通勤・通学先	所在地	TEL	
家族の避難場所				
一時避難場所（公園・支所・学校など）				
広域避難場所				
家族との集合場所				
緊急時の連絡先				
氏名		TEL	()	
住所	〒			
氏名		TEL	()	
住所	〒			