私の情報

ふりがな

名前　　男・女

生年月日　　年　　月　　日

住所

障害名　　身長　　cm　体重　　kg　血液型　　型

写真

わたしは、　　が苦手です。

わたしは、　　できません。

わたしのアレルギーは　　です。

通っている所（学校・職場）

名前　　連絡先

利用している福祉サービス

事業所名　　連絡先

事業所名　　連絡先

相談支援事業所名

連絡先