자르는 선

방재카드

카시와시

가족모두소지합시다

기재연월일 년 월 일

만일의경우의 연락처
(가족. 친척,지인등)

연락처	전화번호

접는선

소지자정보

성명	
주소	
생년월일	년 월 일생
혈액형	A B O AB Rh + −
연락처	자택
	핸드폰

피난장소
건강보험증 국민건강보험. 그외 보험( ) 보험자번호 피보험자기호 번호
상비약

국적	
사용언어	
외국인등록번호	
여권번호	
자주가는병원	TEL
지병	

특기사항 (재해시에 원하는대응, 필요한원조등)
메모