

3

## 私の家族・親族

記入日

年

月

日

名 前	フリガナ	続 柄
現 住 所	〒	
携 帯 電 話 等		
もしもの時の連絡	入院時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる 葬儀時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる	

名 前	フリガナ	続 柄
現 住 所	〒	
携 帯 電 話 等		
もしもの時の連絡	入院時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる 葬儀時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる	

名 前	フリガナ	続 柄
現 住 所	〒	
携 帯 電 話 等		
もしもの時の連絡	入院時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる 葬儀時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる	

名 前	フリガナ	続 柄
現 住 所	〒	
携 帯 電 話 等		
もしもの時の連絡	入院時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる 葬儀時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる	

名 前	フリガナ	続 柄
現 住 所	〒	
携 帯 電 話 等		
もしもの時の連絡	入院時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる 葬儀時： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 任せる	