

# 親族について

	氏名	関係	連絡先／連絡(もしも)	備考／メッセージ
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	

	氏名	関係	連絡先／連絡(もしも)	備考／メッセージ
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 通夜・葬儀時 <input type="checkbox"/> その他	