

被爆二世健康診断受診申込書

令和 年 月 日

〒
申 込 者 住 所

(受診を希望する
被爆二世の方) _____
氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生 性別 男 ・ 女

電話番号 _____

被爆者の方との続柄 _____

被爆二世健康診断を受診したいので、申し込みします。

《被爆者健康手帳をお持ちのお父様又はお母様について、お書きください。》

住 所	
フリガナ 氏 名	
被爆者健康手帳番号	

《受診希望医療機関を別紙の医療機関一覧よりお書きください。》

--

健康記録簿

<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	(※いずれかに○をしてください。)
-------------------------------	--------------------------------	--------------------

来年度の受診について

<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	(※いずれかに○をしてください。)
-------------------------------	--------------------------------	--------------------

※誤送付防止のため、住所変更がありましたら健康推進課(073-441-2640)までご連絡ください。

※来年度より、「希望する」と回答していただいた方のみ、案内文書を送付します。
なお、この健康診断は県健康推進課のHPや県民の友でも周知しております。