

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

・希望する ・希望しない (※いずれかに○をしてください。)