

原子爆弾被爆者二世健康診断受診申込書

平成 年 月 日

京都府知事様

次のとおり申し込みます。

1	ふりがな		性別	生年月日・年齢							
	二世の氏名	㊟	男・女	年 月 日生 (歳)							
	二世の住所	(〒) (電話番号 - -)									
	受診希望 医療機関										
2	ふりがな		性別	生年月日・年齢							
	二世の氏名	㊟	男・女	年 月 日生 (歳)							
	二世の住所	(〒) (電話番号 - -)									
	受診希望 医療機関										
親の氏名				親の居所				都道府県			
親の被爆者		公費負担者番号		1	9						
健康手帳		公費負担医療の受給者番号 (手帳番号)									/

※ 受診希望医療機関は、別紙「被爆者二世健康診断委託契約医療機関一覧表」の中からお選びください。