原爆被爆者二世健康診断登録申込書

年　　月　　日

岐阜県健康福祉環境部保健医療課長　宛

1	ふりがな		性　別	生年月日・年齢
	二世の氏名		男・女	年　　月　　日 年齢　　　　歳
	二世の住所	〒　　　　　　　　TEL（　　　）		
2	ふりがな		性　別	生年月日・年齢
	二世の氏名		男・女	年　　月　　日 年齢　　　　歳
	二世の住所	〒　　　　　　　　TEL（　　　）		
3	ふりがな		性　別	生年月日・年齢
	二世の氏名		男・女	年　　月　　日 年齢　　　　歳
	二世の住所	〒　　　　　　　　TEL（　　　）		

以上の者の原爆被爆者二世健康診断受診案内名簿への登録を申し込みます。

申込者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

<table>
<tr><td>被爆者（親）の氏名</td><td colspan="8"></td><td rowspan="2">被爆者の住所</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="8">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>公費負担者番号</td><td>1</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">備考</td><td rowspan="2">（親が死亡している場合は、死亡年月日）
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

※　この被爆二世健康診断の登録については、岐阜県内在住の方とさせていただきます。岐阜県在住でない場合は、住所地の都道府県の原爆担当までお問い合わせください。

※　被爆者（親）の情報については、被爆者手帳の（写）を添付した場合は省略可とします。