

被爆者二世健康診断受診申込書

受診希望者	氏名	(ふりがな)
		(漢字)
	住所	〒
	性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	電話番号	()
手帳所持者	氏名	
	手帳番号	
多発性 骨髄腫検査	※いずれかに○を付けて下さい 希望する ・ 希望しない	

(注意)

- ・ 手証所持者が死亡している等の理由で手帳番号が不明な場合は、「不明」と記載してください。
- ・ 上記とは別に連絡を希望する住所、電話番号がある場合は、併せて記載してください。