

被爆二世健診申込書

【1】受診希望者本人の氏名等

フリガナ 氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	
今までの 二世健診受診状況	(記載例：平成〇〇～〇〇年度 異常なし)
多発性骨髄腫検査 の希望の有無	有 ・ 無
被爆二世健康記録 簿の希望の有無	有 ・ 無 ※令和3年度に記録簿を配布済みの方は除く。
受診を希望する 医療機関 (※番号に○印)	1. 県立宮崎病院 2. 県立日南病院 3. 串間市民病院 4. 都城健康サービスセンター 5. 園田病院 6. 国立病院機構宮崎病院 7. 済生会日向病院 8. 県立延岡病院 9. 高千穂町国民健康保険病院 10. 仁和会竹内病院 11. 宮崎生協病院 ※特に希望がない場合は、上記の中から最寄りの医療 機関とさせていただきます。

【2】被爆者である親の氏名・住所・電話番号・被爆者健康手帳番号

フリガナ 氏名	
住所	〒
電話番号	
被爆者健康手帳の番号	