

# 令和5年度被爆二世健康診断申込書

令和5年度被爆二世健康診断を申し込みます。

令和 年 月 日

● 被爆二世健康診断について(該当する項目に○を付けてください。)

受診を希望する日	( ) 令和5年8月10日(木)
	( ) 令和5年8月19日(土)
	( ) 希望しない
多発性骨髄腫検査	( ) 希望する
	( ) 希望しない

● 「被爆二世健康記録簿」の配布について(該当する項目に○を付けてください。)

被爆二世健康記録簿 の配布	( ) 希望する
	( ) 希望しない

石川県健康福祉部健康推進課長 様

(受診者)

〒

住 所 石川県

ふりがな

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日 生 男・女

電話番号

被爆者である親の氏名

被爆者健康手帳の  
公費負担医療の受給者番号

発行者

県・市