様式第１号（２）

令和　　　年　　　月　　　日

広島県健康福祉局長様

（被爆者支援課）

医療機関名

代表者名

**原子爆弾被爆者がん検診実施報告書**

このことについて，令和　　　年　　　月分については

つぎのとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 胃がん | 肺がん | 乳がん | 子宮がん | 大腸がん | 多発性骨髄腫 |
| 実　施　人　員 |  |  |  |  |  |  |

注　「希望による健康診断受診申請書」を添付してください。

備考　用紙の大きさは，日本工業規格Ａ列４とする。