様式第６号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令　和　　　年　　　月　　　日

　　広　島　県　知　事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名

　　　　　　　　　　被　爆　者　健　康　診　断　実　施　届　出　書

　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則に基づく健康診断の実施について，次のとおり届け出ます。

　１　健診機関の名称

　２　実施検査項目

※　実施希望するものを○で囲んでください。

※　追加で実施希望の場合は，追加する項目のみ〇で囲んでください。

※　「胃内視鏡検査」を実施される場合は，「日本消化器がん検診学会認定医」又は「日本消化器内視鏡学会専門医」の資格証の写し（２名以上）を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施検査項目 | * 一般検査（定期・希望） * 精密検査 * がん検査（胃がん・エックス線検査） * 〃　　　（胃がん・胃内視鏡検査） * 〃　　 （肺がん） * 〃　　　（乳がん） * 〃　　　（子宮がん） * 〃　　　（大腸がん）   ・　〃　　 （多発性骨髄腫） |

３　健診業務開始年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日

備考　用紙の大きさは，日本工業規格Ａ列４とする。