様式第１号（１）

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

**原子爆弾被爆者健康診断実施報告書**

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 | 一般検査 | 精密検査 | 特別検査 | 摘要 |
| 定期健康診断による者 |  |  |  |  |
| 希望健康診断による者 |  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |

注　希望によるものは「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。