F A X（二世健診用）

**この送付依頼書のみ，FAX送信してください。**

０８２－２２８－３２７７　広島県 被爆者支援課（援護グループ）宛

**【被爆二世健診】関係書類送付依頼書**

＜必要枚数＞

|  |  |
| --- | --- |
| **様　式　名** | **枚数** |
| 問診票  【広島県・広島市共通様式】 |  |
| 健康診断個人票（一般検査用）  【広島県・広島市共通様式】 |  |
| 健康診断個人票（精密検査用）  【広島県・広島市共通様式】 |  |
| 被爆二世健診のお知らせ（リーフレット）  【広島県版】 |  |
| 申込はがき（個人情報保護シールつき）  【広島県版】 |  |
| 被爆二世健康記録簿  【広島県版】 |  |

＜お届け先＞

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 医療機関名 |  |
| 部署・名前 |  |
| 電話番号 |  |