

希望による健康診断受診申請書

被爆者健康手帳番号		区 分	一般・がん 〔胃がん 肺がん〕 〔乳がん 子宮がん〕 〔大腸がん 多発性骨髄腫〕		
氏名		性別	男 ・ 女	生年 月日	明 大 昭 年 月 日
居住地					
受診機関					

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行
規則第9条の規定による「申請による健康診断」
を受けたく申請します。

令和 年 月 日

広島県知事 様

申請者氏名