

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。