

令和3年7月2日

広島県健康福祉局長様  
(被爆者支援課)

医療機関名 医療法人〇〇会〇〇病院  
代表者名 理事長 〇〇 〇〇

## 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3年6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	1	1		1	1	1

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。