

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。