

別紙

## 被爆二世健診申込書

### 【1】受診希望者本人の氏名等

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| フリガナ<br>氏名                      |   |
| 性別                              | 男 ・ 女   |
| 生年月日                            | 昭和・平成 年 月 日   |
| 住所                              | 〒   |
| 電話番号                            |   |
| 今までの<br>二世健診受診状況                | (記載例：令和〇〇～〇〇年度 異常なし)  |
| 多発性骨髄腫検査<br>の希望の有無              | 有 ・ 無   |
| 被爆二世健康記録<br>簿の希望の有無             | 有 ・ 無<br>※過去に記録簿を配布済みの方は除く。   |
| 受診を希望する<br>医療機関<br><br>(※番号に○印) | 1. 県立宮崎病院                      2. 県立日南病院<br>3. 串間市民病院                    4. 都城健康サービスセンター<br>5. 園田病院                          6. 国立病院機構宮崎病院<br>7. 済生会日向病院                8. 県立延岡病院<br>9. 高千穂町国民健康保険病院<br>10. 宮崎生協病院<br>※特に希望がない場合は、上記の中から最寄りの医療<br>機関とさせていただきます。 |

### 【2】被爆者である親の氏名・住所・電話番号・被爆者健康手帳番号

|            |   |
|------------|---|
| フリガナ<br>氏名 |   |
| 住所         | 〒 |
| 電話番号       |   |
| 被爆者健康手帳の番号 |   |