

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 氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	<u>(日中連絡がとれる番号をお書きください)</u>
今までの 二世健診受診状況	(記載例：平成〇〇～〇〇年度 異常なし)
<u>多発性骨髄腫検査の 希望の有無</u>	有 ・ 無
受診を希望する 医療機関 (※番号に○印)	1. 県立宮崎病院 2. 県立日南病院 3. 串間市民病院 4. 都城健康サービスセンター (都城市郡医師会病院内) 5. 小林市立病院 6. 国立病院機構宮崎病院 7. 済生会日向病院 8. 県立延岡病院 9. 高千穂町国民健康保険病院 10. 仁和会竹内病院 11. 宮崎生協病院 ※特に希望がない場合は、上記の中から最寄りの医療 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 氏名	
住所	〒
電話番号	
被爆者健康手帳の番号	