被爆二世健康診断案内申込書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号  ※携帯電話のみでも可 | （携帯　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ふりがな  被爆者氏名 |  |
| 被爆者との関係 |  |
| 被爆者生年月日 |  |
| 被爆者健康手帳番号 |  |
| 被爆者健康手帳  交付自治体 |  |

この様式に必要事項を記入した上、以下の必要書類と併せて郵送で御提出ください。

　・受診を希望される方の戸籍抄本

　・受診を希望される方の住民票

※太枠内については、御不明な部分は空欄で構いません。

なお、後日県担当から必要事項の確認のため、お電話することがございます。

【提出先】

　〒０３０－８５７０

　青森県青森市長島一丁目1番1号

　　青森県健康医療福祉部　がん・生活習慣病対策課　難病対策グループ