

被爆二世健康診断希望

記載日：令和 年 月 日

①被爆二世（御本人様）

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
電話番号			
記録簿配付希望 (※)	有 ・ 無		

②被爆者（親御様）

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
手帳番号 (7桁の番号)			

※ 記録簿とは、二世健診の結果を記入し、御自身の健康管理に役立てるため千葉県が令和3年度より作成いたしました「被爆二世健康記録簿」を指します。

【記載時の注意事項】

- ・ 被爆者の住所について、故人の場合は死亡時の住所をご記入ください。
- ・ 手帳番号等が不明な場合は未記入で御提出ください。