

被爆二世申出書

いずれかにチェックをしてください
 新規登録（初めて健診受診する方）
 再登録（案内送付の再開希望の方）
 変更（居住地等が変更した方）

※印は必須項目です（新規登録の場合）

※ ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年月日（和暦）		
※ 氏名		<input type="checkbox"/> 女	年	月	
	日				
※ 住所	〒 —————				
※ 電話番号	—————				
被爆した親について	※ 氏名		<input type="checkbox"/> 実父	生年月日（和暦）	
			<input type="checkbox"/> 実母	年	月
					日
	※ 被爆地	該当するものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 長崎			
	被爆者健康手帳	受給者番号	交付元	<input type="checkbox"/> 不明	
被爆した親について	※ 氏名		<input type="checkbox"/> 実父	生年月日（和暦）	
			<input type="checkbox"/> 実母	年	月
					日
	※ 被爆地	該当するものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 長崎			
	被爆者健康手帳	受給者番号	交付元	<input type="checkbox"/> 不明	
※ 被爆二世健康診断案内	いずれかにチェックしてください <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
※ 被爆二世健康記録簿	いずれかにチェックしてください <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 再発行（理由 _____） <small>※今回「希望しない」を選択した場合で、後日配布を希望される場合は、再度申込が必要です。 ※再発行を希望される場合は、理由をご記入ください。</small>				
備考					

・「被爆した親について」は分かる範囲内でご記入ください。（氏名及び被爆地は必須）