被　爆　証　明　書

愛知県知事　殿　　年　月　日

証明者に関する事	氏　名　㊞	生年月日 明・大・昭　・　・	被爆者健康手帳を持っている人は、手帳を見て書いてください。	
	現住所　〒 電話　（　）		被爆者健康手帳の受給者番号	
	職　業（勤務先） 電話　（　）		発行都道府県市	県・市
			法第１条の区分	号
	被爆当時の住所		被爆の場所	
	被爆当時の職業（勤務先・学校など）		被爆直後の行動	８月　日 入市

私は、申請者の被爆事実について、次のとおり証明します。

申請者に関する事項	申請者氏名（現在の氏名）
	申請者について（被爆当時、次のような関係で申請者を知っています。）
	被爆事実について（申請者が被爆したこと、入市したこと、救護したことなどは、つぎのようないきさつから知っています。） ――― 日時・場所、それを覚えている理由などについて、できるだけ詳しく書いてください。
	あなたが申請者と会った時、申請者はだれかと一緒にいましたか。　いた・いない いた場合はだれですか。（例　申請者の妻　田中洋子）

{ この証明書の記載にあたって、代筆を要する場合は、次の項目についても記載してください。 }

代筆者住所	
氏　名　㊞	証明人との続柄（間柄）
代筆理由	

※被爆事実についてのいきさつは、いつ、どこで、どんな時、どうしてなどくわしく書いてください。
※記入欄の余白がなく書くことができない場合は、別紙に書いてください。
※訂正した場合は、訂正印を押してください。