被爆二世健康診断受診申込書

記入日：令和４年　 　月　 　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 受診者氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 住所 | (〒　　　 －　　　　　)  香川県　　　　　　市　　　　　　　町  　　　　　　　　　郡  (香川県外にお住まいの方は申し込みできません。お住まいの都道府県庁へお尋ねください。) | | | | | |
| 連絡先  〔電話番号〕 | (受診者本人と連絡をとる必要がある場合がありますので、日中連絡を  取れる電話(携帯)番号・連絡方法を記入してください。) | | | | | |
| 過去の受診状況  〔右の該当する番号に  ○印等を記入〕 | １　初めて受診する。  ２　受診したことはあるが何年度に受診したかわからない。  ３　〔　　　　　〕年度に受診した。 | | | | | |
| 父または母の氏名・  被爆者手帳の番号 | 氏　　　名 | | |  | | |
| 被爆者健康手帳番号  〔香川県以外で交付されている場合は、その都道府県・市名〕 | | |  | | |
| 受診希望の医療機関  〔右の希望する病院の番号に○印を記入〕 | １　高松平和病院 | | 令和4年12月5日(月)～29日(木)(日除く)  8時30分～11時30分 | | | |
| ２　善通寺診療所 | | 令和4年12月5日(月)・7日(水)・9日(金)・  12日(月)・14日(水)・16日(金)  各10時～12時、15時～16時30分(金は午後のみ) | | | |
| ３　県立中央病院 | | 令和4年11月2日(水)・9日(水)・16日(水)・  30日(水)　各13時(受付12時) | | | |
| 受診希望日  〔高松平和病院・善通寺診療所受診の方は希望時間も記入してください。〕 | 第一希望 | 月　　　日（　　　）  午前 ・ 午後　　　　　時　　　　　分希望 | | | | |
| 第二希望 | 月　　　日（　　　）  午前 ・ 午後　　　　　時　　　　　分希望 | | | | |
| 被爆二世健康記録簿  交付希望 | １　希望する　　・　　２　希望しない | | | | | |