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 |