

被爆二世健康診断受診申込書

記入日：令和7年

--	--

 月

--	--

 日

ふ	り	が	な					性別	☐ 男 ☐ 女				
受診者氏名													
生年				西暦		年		月		日			
住所				〒									
				香川県				市				町	
				(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〕													
				ハイフンを含め左詰めで御記入ください。 (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 〔右の該当する項目に☑〕				☐ 初めて受診する。 ☐ 受診したことはあるが何年度に受診したかわからない。 ☐ 年度に受診した。 ※複数回受診されている場合は、直近の年度を記載して下さい。 例) 令和6年度→R06 平成15年度→H15									
父または母の氏名・ 被爆者手帳の番号				ふりがな									
				氏名									
				被爆者健康手帳番号 〔左詰めで御記載ください。〕 〔交付の都道府県または市について、右の該当する項目に☑ ※香川県以外で交付されている場合は、その都道府県・市名を記載して下さい。〕									
				☐ 香川県									
				☐ 香川県以外の都道府県									
				☐ 広島市または長崎市									

〔裏面に続く〕

受診希望の医療機関 〔右の希望する病院に☑〕	☐ 高松平和病院	令和7年12月1日(月)～19日(金)(土日祝日除く) 8時30分～11時30分	
	☐ 善通寺診療所	令和7年12月1日(月)・3(水)・5日(金)・ 8日(月)・10日(水)・12日(金) 各10時～11時00分、14時～16時(水曜は午後のみ)	
	☐ 県立中央病院	令和7年11月5日(水)・12日(水)・19日(水)・ 26日(水) 各13時(受付は12時から)	
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 時 分希望	
	第二希望	月 日 時 分希望	
多発性骨髄腫検査の 希 望	☐ 希望する ☐ 希望しない		
被爆二世健康記録簿 交 付 希 望	☐ 希望する ☐ 希望しない		