

被爆二世健康診断受診申込書

記入日：令和8年

--	--

 月

--	--

 日

ふりがな			性別	□男 □女
受診者氏名				
生年月日	西暦 年 月 日			
住所	〒			
	香川県 市 郡 町			
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7年度→R07 平成30年度→H30			
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8年12月1日(火)～18日(金) (土日祝日除く) 8時30分～11時30分	
	☐ 善通寺診療所 令和8年12月2(水)・4日(金)・7日(月)・ 9日(水)・11日(金)・14日(月)・16日(水)・ 18日(金)・21日(月) 9時30分～11時30分、14時～16時 (水曜は午後のみ)	
	☐ 県立中央病院 令和8年11月4日(水)・11日(水)・18日(水)・ 25日(水) 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	