

郵便はがき

料金受取人払郵便

広島中央局  
承認  
3238

差出有効期間  
2020年1月  
31日まで

7 3 0 8 7 9 0

7 1 9

広島市中区  
国泰寺町一丁目6番34号

広島市役所  
原爆被害対策部援護課 行



(裏面も記入してください)

フリガナ	ヒロシマ タロウ	性別
氏名	広島 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女
生年月日	昭和 30 年 1 月 1 日生	
住所	〒 730 - 0052 広島市 中 区 千田町 3 丁目 8 - 6	
電話番号		

※この申込書は令和2年1月31日(金)消印有効です。

## 被爆二世健康診断受診申込書

- ・本申込書を受付後、受診票を送付します。受診日に持参してください。
- ・医療機関及び受診日は、医療機関の都合により変更する場合があります。

### 《 1 受診希望医療機関 》

「お知らせ」の実施医療機関一覧表の中から受診を希望する医療機関を一つ選んで医療機関の番号と医療機関名を記入してください。

番号	1	医療機関名	広島市健康づくりセンター (広島原爆障害対策協議会)
----	---	-------	-------------------------------

### 《 2 受診希望日 》 ※6月、1月は申込みが混み合います。

- ・網掛け(■)の医療機関を希望される方

受診希望日の記入は不要です。  
受診票が届いた後に、直接医療機関へ連絡し、日程を調整してください。

- ・網掛けのない(□)医療機関を希望される方

受診希望日を記入してください。記入のない場合は、市援護課で日程調整します。  
実施期間は、令和元年6月10日(月)から令和2年2月29日(土)までですが、医療機関により実施期間が異なりますので、「お知らせ」で確認してください。

第1希望	令和	年	月	日
第2希望	令和	年	月	日
第3希望	令和	年	月	日

(注)  
受診希望日は、この申込書を投函する日より10日以上先の日付を指定してください。

受診希望日の記入は不要です。

### 《 3 多発性骨髄腫検査の受診希望について 》

どちらかに○をしてください。(血液検査の一種です。)

<input checked="" type="radio"/> 受診を希望する	<input type="radio"/> 受診を希望しない
--	--------------------------------

### 《 4 次年度の「被爆二世健康診断のお知らせ」等の送付について 》

どちらかに○をしてください。  
(送付を希望される場合、申込み時の住所(表面の下欄)へ送付します。)

<input checked="" type="radio"/> 送付を希望する	<input type="radio"/> 送付を希望しない
--	--------------------------------

問い合わせ先 広島市原爆被害対策部援護課 電話(082)504-2195(直通)