

郵便はがき

料金受取人払郵便

広島中央局  
承認

1202

差出有効期間  
平成30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	男・女
生年月日	昭・平 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		

※この申込書は平成30年1月31日(水)消印有効です。

## 被爆二世の健康診断受診申込書

### 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の一つを選んで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

◎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。

実施期間は、平成29年6月10日(土)から平成30年2月28日(水)までです。

医療機関により受診できる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。

記入のない場合は、市援護課で日程調整をさせていただきます。

第1希望	平成	年	月	日
第2希望	平成	年	月	日
第3希望	平成	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。

- (注) 1. 申込み受付後、市援護課から受診票を送付します。受診日に持参してください。  
2. 医療機関及び受診日は、医療機関の都合により変更させていただく場合もあります。  
3. 土日は、申込み多数のため希望に添えない場合があります。

◎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。

なお、被爆者市内出張定期健康診断会場【番号:2】を希望される方は、受診票と一緒に日程表を送ります。日程表の希望日に受診票を持参し受診してください。

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。

受診を希望する	受診を希望しない
---------	----------

### 4 次年度の「被爆二世の健康診断のお知らせ」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)へ送付させていただきます。)

送付を希望する	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)