

令和7年度原爆被爆者二世健康診断受診申込書

令和7年 月 日

福井県健康福祉部地域福祉課長 あて

(ふりがな) 氏 名	(被爆者との続柄)	性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
住 所	〒 福井県 (電話番号 - -)		
被爆者	氏名 手帳番号 _____ 住所 〒		
希望検査	多発性骨髄腫検査の希望の有無 (どちらかに○印をつけてください) 有 無		
現在の 健康状態			
過去に二世 検診を受け た都道府 県・市名	※ 福井県で受けた場合は記入の必要はありません。		