|  |
| --- |
| **申出書**  年　　月　　日  大阪府知事　様  （申出者）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日  私は、被爆二世健康診断の申込みにあたり、原爆被爆者二世であることを申し出ます。  なお、申し出の理由については下記のとおりです。    記  (理由)※あてはまる番号に○をつけてください。  　　　１　実父母の双方又はいずれか一方が広島又は長崎で被爆したが、  被爆者健康手帳の交付を受けていないため。  　　　２　実父母の双方又はいずれか一方が被爆者健康手帳の交付を受けて  いるが、当該手帳番号が不明であるため。  　　　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |