

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 ()