令和５年度被爆二世健康診断申込書

令和５年　　月　　日

住　　所	（〒　　－　　） 岡山県		
ふりがな			
氏　　名			
電話番号	（受診についてご連絡させていただく場合がありますので日中連絡のつく電話番号をご記入下さい。）		
生年月日	昭和　　年　　月　　日 生	性　別	男　・　女

受診希望医療機関を次からお選びください（番号に〇をつけてください）。

１	岡山赤十字病院	８	新見中央病院
２	岡山市立市民病院	９	森下病院
３	備前市立備前病院	１０	高梁中央病院
４	玉野市民病院	１１	笠岡市立市民病院
５	倉敷中央病院付属予防医療プラザ	１２	津山中央記念病院
６	倉敷市立市民病院 健診センター	１３	金田病院
７	玉島協同病院		

お身体の具合の悪いところがあればご記入ください。

■被爆者手帳をお持ちのお父様またはお母様についてご記入ください。

住　　所		
氏　　名		
生年月日		
手帳番号		

※　亡くなられて手帳番号が分からない場合は、氏名・生年月日及び亡くなられた時のご住所をご記入ください。

※　お父様またはお母様が被爆者手帳をお持ちでない場合は、下記送付先にお問い合わせください。

岡山県庁福祉企画課のホームページから電子申請による申込みもできます。

http://www.pref.okayama.jp/page/504357.html

〈申込期限〉

令和５年１０月１３日(金)必着

送付先
〒７００－８５７０
岡山市北区内山下２－４－６
岡山県子ども・福祉部福祉企画課援護班
TEL：０８６－２２６－７３２０
FAX：０８６－２２１－９４０４