

別 紙

原 Ⅱ 健 康 診 断 申 込 書

住 所	〒	
ふりがな 氏 名		
生 年 月 日	年	月 日
性 別	男	・ 女
電 話 番 号	()	
希望医療機関名		
多発性骨髄腫 検 査 の 希 望	希望する	・ 希望しない
受 診 歴	平成・令和	年
手 帳 番 号		都道府県・市 交付

- 上の必要事項を御記入の上、郵送でお送りください。
〒980-8570 仙台市青葉区本町3丁目8-1
宮城県保健福祉部疾病・感染症対策課難病対策班
- 受診歴には被爆者二世健康診断の受診年を御記入ください。複数年受診されている方は最後に受診した年を、受診されたことがない場合は「なし」と御記入ください。
- 手帳番号は、被爆者（父又は母）の被爆者健康手帳番号と交付した都道府県名又は市（広島・長崎）名を御記入ください。
- 被爆者二世健康診断を初めて受診される方には、当課より必要事項についてお問い合わせをすることがあります。