別紙

原 Ⅱ 健 康 診 断 申 込 書

住　　所	〒		
ふりがな 氏　　名			
生 年 月 日	昭和・平成　　年　　月　　日		
性　　別	男　　・　　女		
電 話 番 号	（　　）		
希望医療機関名			
多発性骨随腫 検査の希望	希望する　　・　　希望しない ※登米市立病院は多発性骨髄腫検査を実施しません		
直近の受診歴	平成・令和　　年　　・　　受診歴なし		
被爆者（一世）氏名			
被爆者健康手帳 受給者番号 （手帳番号）		交　付　者 (例：広島市長、長崎市長、宮城県知事 等)	

○必要事項を御記入の上、下記住所宛て郵送願います。

〒９８０－８５７０
仙台市青葉区本町３丁目８－１
疾病・感染症対策課　難病対策班　行き

○被爆者（一世）の被爆者健康手帳返還等により、手帳番号及び交付者が確認できない場合は、空欄のまま御提出願います。（後日、当課から御連絡する場合があります。）
○被爆者二世健康診断を初めて受診される方には、後日、当課から必要事項について電話等で質問させていいただく場合があります。
○予約状況等により希望する医療機関、受診日時で受診できない場合があります。