

被爆者のこども健康診断受診証等再交付申請書

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

〒

申請者 居住地

氏 名

性別 (○を付けてください) 男 ・ 女

生 年 月 日 年 月 日生

電 話 () ー

(※電 話) () ー

※日中連絡がとれる連絡先(携帯電話等)がある場合はそちらも記載願います。

次のとおり、被爆者のこども健康診断受診証の再交付を受けたいので、申請します。

被爆者のこども 健康診断受診証等	番 号	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	交付年月日	年 月 日
再交付の理由が生じた年月日		年 月 日
再 交 付 の 理 由		