

被爆者のこども健康診断受診証等返還書

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

〒

届出者 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。

次の事由により、被爆者のこども健康診断受診証を返還します。

被爆者のこども 健康診断受診証等	番 号	
	氏 名	
	生年月日	
失 権 の 事 由	1 神奈川県外に転出 2 死亡	
転出年月日又は 死亡年月日	年 月 日	
転 出 先		