

被爆証明書 (被爆者健康手帳)

令和 年 月 日

京 都 府 知 事

証 明 者	フリガナ 氏 名 (旧姓)	明 治 大 正 昭 和	年 月 日生	当時の年齢 満 歳
	居住地	電 話 (自 宅) () (勤務先) ()		
	当時の居住地	原子爆弾が落ちた時いた場所		
	当時の職業、学校等	被爆者健康手帳番号 健康診断受診者証番号		
			第	号

申請者氏名

私は

について、つぎのとおり証明します。

申請者との関係について（当時，次のような関係から，申請者を知っています。）

申請者の被爆事実について（申請者が直接被爆したこと，入市したこと，救護等をしたことは，次のようないきさつから知っています。）

注) 日時、場所などについて、知っている内容をできるだけ詳しく記載してください。

証明書を代筆した場合

フリガナ 代筆者氏名	証明者との続柄	居住地
		電 話 () —
代筆した理由		