

(様式3号)

同意書

私の 被爆者健康手帳
第一種健康診断受診者証 の交付申請の審査にあたり、
第二種健康診断受診者証

私の被爆事実を確認するために必要があるときは、貴県が私及び私の親族について、官公署、関係機関及び関係者等に照会調査することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

佐 賀 県 知 事 様

お預かりした個人情報は、被爆者健康手帳の交付事務のためのみに使い、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。