⑬

**同　　　意　　　書**

被爆者健康手帳

第一種健康診断受診者証

第二種健康診断受診者証

私の　　　　　　　　　　の交付申請の審査にあたり、

私の被爆事実を確認するために必要があるときは、貴府が私及び私の親族について、

官公署及び関係機関に照会調査（戸籍謄本、学籍簿など）することに同意します。

大阪府知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞