

被 爆 証 明 書

愛知県知事 殿

年 月 日

証 明 者 に 関 する 事	氏 名	生年月日 明・大・昭	被爆者健康手帳を持っている人は、 手帳を見て書いてください。	
	現住所 〒	電話 ()	被爆者健康手帳 の受給者番号	
	職 業（勤務先）	電話 ()	発行都道府県市	県・市
	被爆当時の住所		法第1条の区分	号
	被爆当時の職業（勤務先・学校など）		被 爆 の 場 所	
			被爆直後の行動	8月 日 入市

私は、申請者の被爆事実について、次のとおり証明します。

申 請 者 に 関 する 事 項	申請者氏名（現在の氏名）
	申請者について（被爆当時、次のような関係で申請者を知っています。）
	被爆事実について（申請者が被爆したこと、入市したこと、救護したことなどは、つぎのようないきさ つから知っています。）
	—— 日時・場所、それを覚えている理由などについて、できるだけ詳しく 書いてください。
あなたが申請者と会った時、申請者はだれかと一緒にいましたか。 いた・いない いた場合はだれですか。（例 申請者の妻 田中洋子）	

{ この証明書の記載にあたって、代筆を要する場合は、次の項目についても記載してください。 }

代筆者住所	
氏 名	証明人と続柄（間柄）
代筆理由	

※被爆事実についてのいきさつは、いつ、どこで、どんな時、どうしてなどくわしく書いてください。

※記入欄の余白がなく書くことができない場合は、別紙に書いてください。

※訂正した場合は、訂正印を押してください。