

証 明 書

証 明 人 に 関 す る 事 項	氏 名		証明人の被爆者手帳に関して イ 手帳を持っている ロ 手帳を持っていない イの場合（手帳を写しとること） 公費負担番号 公費負担医療の受給番号 法第2条の区分 被爆の場所 ロの場合 手帳をもっていない理由							
	住 所									
	生年 月日	明大昭						年	月	日
	職業(勤務先) 具体的に									
	電話 ()									
次のことを証明します。 年 月 日										
被 証 明 人 に 関 す る 事 項	氏	名								
	①被	爆	地	市 町 丁目						
	②後に入市した月日と町名	月	日	広島市 長崎市	町	丁目	丁目			
	③看護などを行なった場所、対象者数、期間									
以上のことが証明できる理由										
被爆者について（私と被証明人とは次のような間がらですから、被証明人を知っています）										
被 爆 事 実 に つ い て	①被爆地について（被証明人がこの地点で被爆したことは次のようないきさつから知っています）									
	②後に入市した月日及び町名について（被証明人が後に入市したときは、次のようないきさつから知っています）									
	③看護などを行なった場所、町名及び期間について（被証明人が看護などをしたのは次のいきさつで知っています）									

代 筆 者 氏名 続柄（間柄）

住所

代筆理由