

被爆証明書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

証 明 者	(ふりがな) 氏名		男・女	明大昭	年 月 日生	当時の 年齢 歳
	現住所		電話 - -			
	被爆当時の住所					
	被爆者健康手帳の番号 交付都道府県市 ()	法第1号の区分 号	交付年月日 年 月 日			
被爆場所			被爆直後の行動 8月 日 ~ 日 市 町入市			

申請者について、次のとおり証明します。

なお、証明内容については事実と相違ないことを誓約いたします。

申請者氏名	
私と申請者は、被爆当時次のような間柄でした。 (1) 被爆地 市 町 丁目 (2) この事実は次のようないきさつから知っています。 ----- ----- -----	
(1) 入市の月日及び町名 (目標) 8月 日 ~ 日 市 町入市 (2) この事実は次のようないきさつから知っています。 ----- ----- -----	
(1) 救護などを行った場所及び期間 8月 日 ~ 日 市 町 施設名 (2) この事実は次のようないきさつから知っています。 ----- ----- -----	

※ 代筆した場合、代筆者の

住所 _____ 氏名 _____

間柄 _____

代筆の理由 _____