

被 爆 証 明 書

愛媛県知事

様

年 月 日

証明者に関する こと	現住所		電話 ()	
			郵便番号	—
	氏名	生年月日	明治 大正 昭和	被爆当時の年齢 才
	職業（勤務先）		電話 ()	
	本籍地			
	被爆当時の住所		原子爆弾が落ちた時いた場所	
	被爆当時の職業（勤務先・学校など）			
被爆者健康手帳の有無 有 ・ 無		手帳番号 都道府縣市 第 号	法第1条の区分 号	

私は、申請者の被爆事実について、次のとおり相違ないことを証明します。

申請者に関する こと	申請者氏名（現在の氏名）
	申請者について（被爆当時、次のような関係ですから、申請者を知っています。）
	被爆事実について（申請者が直接被爆したこと、入市したこと、救護などしたことは、次のようないきさつから知っています。 日時・場所・同伴者などについて、できるだけ詳しく記載してください。）

代筆者住所.....

氏名..... 続柄(間柄).....

代筆理由.....

- (注意)
- 1 被爆事実についてのいきさつは、いつ、どこで、どんな時、どうしてなど詳しく書いてください。
 - 2 この証明書は、証明者が書いてください。
 - 3 訂正した場合は、訂正印を押してください。