

(様式2号)

申 述 書

年 月 日

佐 賀 県 知 事 様

本籍地

現住所

氏 名

明・大・昭 年 月 日生 男・女

私は、下記のとおり罹災したことに相違ありません。

罹災当時の住所	
罹災当時の職業	当時の年齢 満 歳
罹災した場所	
罹災した当時の状況及び2週間以内の行動(詳しく記載すること)	

誓 約 書

私は、良心に従って真実を述べ何事もかくさず、何事も付加えないことを誓います。

年 月 日

氏名

佐 賀 県 知 事 様

お預かりした個人情報は、被爆者健康手帳の交付事務のためのみに使い、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。