被　爆　証　明　書

令和　　年　　月　　日

福井県知事　杉 本　達 治　様

１　証明人に関すること

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所 | ℡　　－　　－ |
| 氏名 | ㊞ | 当時の年齢 | 歳 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 原爆手帳の記号・番号 |  |
| 被爆の場所 |  |
| 被爆直後の行動 | 　８月　　日から　　日間　　　　　　　町へ入る |
| 被爆当時の住所 |  |
| 当時の職業と勤務先 |  |
| 被爆した当時およびその後の状況（８月　　日～８月　　日までの行動） |

私は、下記申請者の被ばくについて、次の通り証明します。

なお、証明内容については、事実に相違ないことを誓約します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 被爆地 | 　　　市　　　町　　 |
| 原爆投下後の行動 | ８月　　日から　　日間　　　　　　町へ入る |

２　申請者に関すること

|  |
| --- |
| 申請者について（あなたは、被爆時どういう関係で申請者を知っていたか） |
| （１）被爆地について（申請者が、この地点で被爆したことをどういういきさつで知っているか） |
| （２）後日、入市した月日および町名について（申請者が、後日入市したことをどうして知ったか） |
| （３）看護を行った場所、町名および期間について（申請者が、被爆者の看護にあたったことをどうして知っていたか） |

（注意）１　（１）、（２）、（３）のうちいずれか該当する欄に記入してください。

　　　　２　申請者が胎児であったときは、その母親の被ばくに関することを記入してください。