

被爆者一般疾病医療機関指定辞退書

被爆者一般疾病医療機関の指定を辞退したいので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第16条の規定に基づき申し出ます。

熊本県知事 様

年 月 日

| | | | | |
|--------------|-------------|-------|------|--|
| 医療 機 関 | 所在地 | | | |
| | 名称 | | | |
| | 指定日 | 年 月 日 | 指定番号 | |
| | 医療機関 コード | | | |

| | |
|-----|-------|
| 辞退日 | 年 月 日 |
| 理由 | |

| | | |
|------------------------------|-----------------|---|
| (開 届 出 設 者)者 | 所在地 又は住所 | 〒 |
| | 名称(代表者) 又は氏名 | |

この届出に関する担当者 所属等 氏名
(問合せ先) TEL FAX

添付書類 : 指定書

注 この申請書は医療機関の所在地を所管する保健所(所在地が熊本市の場合は、県庁健康づくり推進課)に提出してください。