

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)	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(原本)

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。