

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関等指定申請書

令和 年 月 日

滋賀県知事

様

開設者の住所 _____
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名 _____
(法人の場合は名称および代表者名)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による医療機関として
指定されたく申請します。

なお、指定の上は、同法の定めるところに従って医療を行います。

記

医療機関等の名称					
医療機関等の所在地	〒	—	電話	—	—
診療科目					
区分	医科・歯科・調剤・その他				
指定希望年月日	令和	年	月	日	
医療機関コード	, , (7桁)				

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関等指定申請書
(介護老人保健施設用)

令和 年 月 日

滋賀県知事 様

開設者の住所 _____
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名 _____
(法人の場合は名称および代表者名)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による医療機関等として指定されたく申請します。

記

遡及願

令和 年 月 日

滋賀県知事

様

開設者の住所

(法人の場合は所在地)

開設者の氏名

(法人の場合は名称および代表者名)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条に規定する医療機関等の指定について、 年 月 日に遡及し、下記医療機関を指定願います。

記

医療機関名称

医療機関所在地

(理由)