

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)

逆及願

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)