

様式1 3

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関等辞退届

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)

下記のとおり被爆者一般疾病医療機関等としての指定を辞退したく、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第17条の規定により届けます。

記

医療機関等の名称				
医療機関等の所在地	〒 - - 電話 - -			
辞退年月日	令和 年 月 日			
医療機関コード	, , (7桁)			