別記様式1　提出先　県被爆者支援課

令和　　年　　月　　日

広 島 県 知 事 様

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所

氏　名(名称)

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律１９条の規定による被爆者

一般疾病医療機関として指定してください。

１　病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、老人保健施設、介護医療院の名称及び所在地

　　名　　　称

　　　（　　　　－　　　　－　　　　　）

　　　保険医療機関番号（　　　　　　　　　　　　　　）

　　　介護保険事業所番号（　　　　　　　　　　　　　　）

　　所 在 地（〒　　　　－　　　　　　　）

２　管理者の住所及び氏名

　　住　　　所

　　氏　　　名

３　病院、診療所にあっては、標ぼうしている診療科目

４　指定を受けようとする年月日

　　令和　　年　　月　　日