

令和 年 月 日

広島県知事様

開設者の住所

氏名(名称)

印

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, 老人保健施設の名称及び所在地

名 称 _____

電話番号 (_____)

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, 診療所にあつては, 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