

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辞退届

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律19条第2号の規定により被爆者一般疾病医療機関を、次の理由で辞退します。

1 被爆者一般疾病医療機関の指定番号 第 号

2 医療機関の名称及び所在地

名 称 _____

電 話 番 号 (_____)

所 在 地 (〒 _____)

3 辞退しようとする年月日

令和 年 月 日

4 理 由

添付書類：被爆者一般疾病医療機関指定書