

被爆者一般疾病医療機関変更届

- 1 被爆者一般疾病医療機関の指定番号 第 _____ 号
(〒 _____)
- 2 医療機関の所在地 _____
- 3 医療機関の名称 _____
電 話 番 号 (_____)
保 険 医 療 機 関 番 号 (_____)
- 4 医療機関等の開設者
- 住 所 _____
- 氏名(名称) _____ 印 _____

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則25条の規定により、
次のとおり届け出ます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

変更事項

新 _____

旧 _____

変更理由 _____

変更年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

広島県知事様

添付書類：被爆者一般疾病医療機関指定書