別記様式2　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

　　　（　　　　　－　　　　－　　　　　）

　　　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