令和　　年　　月　　日

広 島 県 知 事 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（名称）

**被爆者指定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第12条第1項の規定による医療機関の指

定を受けたいので、同法施行令第11条第1項並びに第22条第1項及び第2項の規定

により次のとおり申請します。

　　 なお、指定の上は、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の定めるところによ

り、医療を担当します。

１　薬局の名称及び所在地

名 称

所 在 地

　　　（〒　　　　　－　　　　　　)（電話番号　　　 　　　　　　　　）

　　　　　　（被爆者一般疾病医療機関指定番号　　　第　　　 　　　　　　 号）

　　　２　開設者住所及び氏名又は名称

　　　　　住　　所

　　　　　氏名(名称)

　　　（〒　　　　　－　　　　　　)（電話番号　　　 　　　　　　　　）

３　調剤のために必要な設備及び施設の概要

　　　別紙のとおり。

４　指定を受けようとする年月日

令和　　年　　月　　日