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辞退申出書**

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第13条並びに第22条第1項及び第

2項の規定により、次のとおり申し出ます。

１　医療機関の名称及び所在地

名 称

所 在 地

　　　（電話番号　　　 　　　　　　　　）

　 ２　辞退しようとする年月日

　 令和　　年　　月　　日

３　理　由