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　指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地

 名 称

 主たる事務所の所在地

 　　　（〒　　　　　－　　　　　　)（電話番号　　　 　　　　　　　　）

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

　　　２　訪問看護ステーション等の名称及び所在地

　　　　　名 称

　　　　　所 在 地

　　　（〒　　　　　－　　　　　　)（電話番号　　　 　　　　　　　　）

３　当該訪問看護ステーション等において指定訪問看護又は指定居宅サービス若しくは指定介護予防サービスに従事する職員の定数

４　指定を受けようとする年月日

令和　　年　　月　　日