

様式第3号

被爆者一般疾病医療機関指定辞退届

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第2項の規定により申し出ます。

〒

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関コード

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(介護事業者の場合10桁の事業所コード)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

辞退の理由

辞退年月日

_____年 月 日

〒

開設者の住所

開設者の氏名

(法人の場合は代表者名も記載)

※必ず以下にも記入して提出してください。

◎本届出に関する問い合わせ先

担当者名 _____ 電話 _____