

様式 1 3

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関辞退申出書

年 月 日

滋賀県知事 様

開設者の住所 _____
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名 _____ 印
(法人の場合は名称および代表者名)

下記のとおり被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したく、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第 1 6 条において読み替えて準用する同令第 1 3 条の規定により申し出ます。

記

医療機関の名称	
医療機関の所在地	〒 _____ 電話 _____ -----
辞退年月日	年 月 日
医療機関コード	_____, _____, _____ (7桁)