（様式　１）

令和　　年　　月　　日

福井県知事　杉本　達治　様

（開設者）

　住　所

　氏　名

被爆者一般疾病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１９条の規定による被爆者一般疾病医療機関として、下記のとおり指定を受けたく申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医　療　機　関  （病院・診療所・薬局  訪問看護ステーション） | 名　称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 管　理　者 | 住　所 |  | |
| 氏　名 |  | |
| 標ぼうしている診療科  （病院・診療所の場合） | |  | |
|  | | | 有・無 |
|  | | | 有・無 |
| 新規開設の医療機関にあっては※の指定（予定）日 | | | 年　　月　　日 |