

(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)		
健康保険法による医療機関指定の有無※		有・無
国民健康保険法による医療機関指定の有無※		有・無
新規開設の医療機関にあつては※の指定(予定)日		年 月 日