（様式　　４）

 令和 年 月 日

 福井県知事 杉本　達治 様

 （指定番号）

 （）

 （）

 （）住所

 氏名

被爆者一般疾病医療機関辞退届

 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条の第２項の規定により申しでます。

 記

１．

２．

３．

４．予告期間終了年月日 　　　令和 年 月 日

 （）

 添付書類 被爆者一般疾病医療機関指令書