

(様式 4)

令和 年 月 日

福井県知事 杉本 達治 様

(指定番号)

(所在地)

(名称)

(開設者) 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. 名 称

2. 所 在 地

3. 辞 退 の 理 由

4. 予告期間終了年月日

令和 年 月 日

(廃止の日)

添付書類 被爆者一般疾病医療機関指令書