令和　　年　　月　　日

　福島県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　(法人の場合は所在地)

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　(法人の場合は　　　　　　　　　　　　　　　　　印

名称及び代表者名)

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関指定申請書

　下記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第１９条第１項の規定による医療機関として指定を受けたく申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等の名称 |  |
| 医療機関等の所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 診療科名 |  |
| 保険医療機関コード |  |
| 開設年月日 |  　　　 令和 　　　 年　　　　　月　　　　　日 |

　　※医療機関等の所在地は、正確に御記入下さい。

　　　保険医療機関コードを必ず記入してください。