

被爆者一般疾病医療機関辞退届

令和 年 月 日

千葉県知事

様

開設者の住所 (法人の場合は、事務所 の所在地)	〒
開設者の氏名 (法人の場合は、名称 及び代表者名)	

下記のとおり、被爆者一般疾病医療機関を辞退します。

記

医療機関の名称	
所在地	〒
指定年月日	
辞退年月日	
辞退の理由	
本件に関する 問い合わせ先	担当者名 電話番号

*この辞退届に指定書を添付してご提出ください。