

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

令和 年 月 日

*指定を受けたい日または開設日

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)	

下記のとおり原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第15条の規定により一般疾病医療機関の指定を受けたいので申請します。

記

医療機関の名称	
所在地	〒 (電話番号)
診療科名	
本件に関する 問い合わせ先	担当者名 電話番号

備考

*介護老人保健施設及び訪問看護ステーションについても本書様式によります。

(『診療科名』のご記入は不要です。)

*薬局の場合、『診療科名』のご記入は不要です。

*後日指定書を送付いたしますが、公費負担の請求は、申請日から行っていただいて結構です。