

紛失届

下記の医療機関にかかる被爆者一般疾病医療機関指定書を紛失しましたので、お届けします。

記

医療機関の名称

所在地

千葉県知事 様

令和 年 月 日

(開設者)

住所(所在地)

氏名

(法人名・代表者名)