

様式第1号

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第1項の規定による被爆者一般疾病医療機関としての指定を申請します。

医療機関の所在地

〒

医療機関の名称

開設年月日

年 月 日

指定希望年月日

年 月 日

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

(介護事業者の場合10桁の事業所コード)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

開設者の住所

〒

開設者の氏名

※必ず以下にも記入して申請してください。

◎本申請に関する問合せ先

担当者名 _____ 電話 _____

◎指定書送付先 (いずれかにを入れてください)

医療機関の所在地

開設者の住所

その他 (〒 _____)