

平成 年 月 日

三重県知事 様

開設者の住所 〒

氏名（名称）

印

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成 6 年法律第 117 号）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指定を受けたく申請します。

ふりがな
名 称

所在地

〒

電話番号（ - - ）

管理者氏名

診療科目名

指定希望年月日（平成 年 月 日）

〔添付資料〕

病院、診療所、薬局：保険医療機関（薬局）指定通知書又は開設許可証の写し
訪問看護ステーション、指定居宅介護サービス事業所：指定通知書の写し