

被爆者一般疾病医療機関指定辞退申出書

令和 年 月 日

京都府知事 様

開設者の住所 〒

(法人の場合は、所在地)

開設者の氏名

(法人の場合は、名称及び代表者名)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第2項の規定により、被爆者一般疾病医療機関を、下記のとおり辞退したく申し出ます。

記

医療機関の名称	
所在地	〒
電話番号	
辞退の理由	
辞退年月日	年 月 日
備考	

※京都府使用欄	※ 医療機関登録番号 ※ システム入力日 ※ 1病院 2医院・診療所 3歯科医院 4薬局 5訪問看護 6老人保健施設
---------	--