

## 原爆被爆者一般疾病医療機関指定通知書紛失届

- 1 名 称 (医療機関コード: )
- 2 所 在 地 [ 電話 ( ) ]
- 3 指定記号番号
- 4 指定年月日
- 5 紛失の理由

上記のとおり、お届けします。

年 月 日

開設者 住 所

氏 名

福岡県知事 殿

受 付 印