

原爆被爆者一般疾病医療機関辞退届

- 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 辞 退 の 理 由
- 6 辞 退 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2項の規定に基づき、被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいので、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

(注) 旧指定通知書を返還すること。