

令和 年 月 日

被爆者一般疾病医療機関指定辞退申出書

石川県知事

様

開設者住所

開設者氏名
(又は代理人)

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、同法第19条の第1項の被爆者一般疾病医療機関の指定を辞退致したいので、下記のとおりお届けします。

記

医療機関の名称	(電話番号)
医療機関の所在地	
指定年月日 及び指定番号	昭和・平成・令和 年 月 日 第 号
指定辞退の年月日	令和 年 月 日
指定辞退の理由	
備 考	

注意事項：開設者が死亡の場合は代理人が申出書を提出すること。
「指定書」をなるべく添付してください。