

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

平成 年 月 日

神奈川県知事 殿

(法人にあつては、所在地、名称及び代表者の氏名)

開設者

住所 〒

氏名

印

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第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いので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第24条の規定に基づき申請します。

医療機関または施設の情報

種別(いずれかに)

・医科 ・歯科 ・薬局 ・介護老人保健施設 ・訪問看護ステーション

名称

所在地 〒

電話番号

医療機関コード又は介護保険事業所番号

指定を希望する年月日 平成 年 月 日