

(辞 退 届)

平成 年 月 日

神 奈 川 県 知 事 殿

開設者の住所 〒

氏名 (名称)

印

被爆者一般疾病指定医療機関辞退届

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第 1 6 条の規定により、次のとおり届出します。

1 医療機関または施設の情報

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

2 辞退しようとする年月日

平成 年 月 日

3 理由