令和　　年　　月　　日

（宛先）秋田県知事

**被爆者一般疾病医療機関の指定について（申請）**

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第１９条の規定に基づく医療機関として

指定を受けたいので申請します。

１　医療機関の所在地

２　医療機関の名称

　　　電話番号　（　　　　　　―　　　　　　―　　　　　　）

　　　保険医療機関番号　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

介護保険事業所番号　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　開設者の住所

　（法人にあっては、主たる

事務所の所在地）

４　開設者の氏名

　（法人にあっては、名称及び

代表者の氏名）

５　指定を希望する年月日　　　　令和　　　年　　　月　　　日