

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 _____

(法人にあつては、主たる
事務所の所在地)

4 開設者の氏名 _____

(法人にあつては、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