令和　　年　　月　　日

（宛先）秋田県知事　佐竹　敬久

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＿＿