

令和 年 月 日

(宛先) 秋田県知事

開設者の住所 _____

開設者の氏名 _____

被爆者一般疾病医療機関指定辞退届

被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第2項の規定により申し出ます。

1 医療機関の住所 _____

2 医療機関の名称 _____

3 辞退の理由 _____

4 辞退年月日 _____ 令和 年 月 日