

様式第1号

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第1項の規定による被爆者一般疾病医療機関としての指定を申請します。

〒
医療機関の所在地 _____

医療機関の名称 _____

開設年月日 _____ 年 月 日

指定希望年月日 _____ 年 月 日

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(介護事業者の場合10桁の事業所コード)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〒
開設者の住所 _____

開設者の氏名 _____ 印
(※開設者が法人の場合、代表取締役印等の代表者印)

※必ず以下にも記入して申請してください。	
◎本申請に関する問合せ先	
担当者名 _____	電話 _____
◎指定書送付先 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)	
<input type="checkbox"/> 医療機関の所在地	
<input type="checkbox"/> 開設者の住所	
<input type="checkbox"/> その他 (〒 _____)	