

様式第3号

被爆者一般疾病医療機関指定辞退届

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

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。

医療機関の所在地 〒

医療機関の名称 _____

辞退の理由 _____

辞退年月日 _____ 年 月 日

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)