

被爆者一般疾病医療機関指定書  
再交付申請書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

被爆者一般疾病医療機関指定書の再交付を申請します。

医療機関の所在地 〒 \_\_\_\_\_

医療機関の名称 \_\_\_\_\_

再交付申請の理由 \_\_\_\_\_

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☑を入れてください)

医療機関の所在地

開設者の住所

その他 (〒 \_\_\_\_\_ )