

様式第6号

被爆者一般疾病医療機関休止・再開届

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

当医療機関の業務を下記のとおり [休止 ・ 再開] しましたので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第25条において準用する同規則第17条第2号の規定により届け出ます。

医療機関の所在地 〒

医療機関の名称 _____

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)

記

[休止 ・ 再開] の年月日 _____ 年 月 日

[休止 ・ 再開] の業務内容 _____ 全部 ・ 一部

[休止 ・ 再開] の理由 _____

※該当する方に○を付けてください。