

様式第4号

## 被爆者一般疾病医療機関変更届

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

被爆者一般疾病医療機関として下記のとおり指定内容に変更があったので、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1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

\_\_\_\_\_

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

(法人の場合は代表者名も記載)

\_\_\_\_\_

### 記

変更事項	変更前	変更後	変更年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

※必ず以下にも記入して提出してください。

◎本届出に関する問合せ先

担当者名

電話

—

—