

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

医療機関コード

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

(介護事業者の場合10桁の事業所コード)

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

再交付申請の理由

〒
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)

※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)	
<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 (〒)