

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 _____

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

[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。

| | |
|----------------------|----------|
| ※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 _____ |