

様式第143号

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

年 月 日

奈良県知事 殿

開設者住所

〒

—

TEL

—

—

.....
(法人の場合、所在地)

開設者氏名

..... 印

(法人の場合、名称及び代表者名)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条に規定する被爆者一般疾病医療機関として指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

フリガナ	
病院・診療所・調剤薬局・ 指定居宅サービス事業所の名称	
病院・診療所・調剤薬局・ 指定居宅サービス事業所の所在地	〒 — TEL ()
管理者氏名	
標榜科目	
開業年月日	年 月 日
保健医療指定機関番号	
組織変更年月日 (組織変更による場合)	年 月 日

※ただし、指定居宅サービス事業所は訪問看護を行うものに限る。