

様式第145号

被爆者一般疾病医療機関辞退届

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の指定を辞退したいので、下記のとおり届出します。

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 ()
指定年月日及び指定番号	年 月 日 第 号
辞退の理由	
保健医療指定機関番号	
廃業または組織変更年月日	年 月 日

※組織変更による辞退の場合、指定申請書の変更年月日と連続の日を記入する。