

令和 年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

開設者の住所

氏名（名称）

印

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による被爆者一般疾病医療機関として指定してください。

1 医療機関の名称及び所在地

名 称

所 在 地

2 管理者の住所及び氏名

住 所

氏 名

3 病院診療所にあつては、標榜している診療科名

4 指定を受けようとする年月日

年 月 日