

年 月 日

長 崎 県 知 事 様

開設者の住所

氏 名

指定医療機関指定辞退申出書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令(平成7年政令第26号)第13条並びに第22条第1項及び第2項の規定により次のとおり申し出ます。

1. 指定医療機関の名称及び所在地

名 称

所 在 地 〒

連 絡 先 () -

2. 指定辞退の理由

3. 指定辞退する年月日 年 月 日

5. この申請に関する実務を行う担当者及び連絡先(問い合わせ先)

担 当 者 名:

役職及び所属:

電 話 番 号:

添付書類 指定書