様式２９

令和　　年　　月　　日

岐阜県知事　様

原爆被爆者一般疾病医療機関辞退届

令和　　年　　月　　日をもって原爆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、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第１９条第２項の規定によりお届けします。

指定医療機関の所在地　〒

指定医療機関の名称

医療機関コード							

辞退理由

指定医療機関の開設者

住　　所　〒

氏　　名