

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