原爆被爆者一般疾病医療機関辞退届

１　名称　（医療機関コード：　　　　　　　）

２　所在地　　　　　　　　　　　〔 電話　　　（　　　）　　　　〕

３　指定記号番号

４　指定年月日

５　辞退の理由

６　辞退年月日

　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第１９条第２項の規定に基づき、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、お届けします。

年　　月　　日

開設者　住　　所

氏　　名

　福岡県知事　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| （注）旧指定通知書を返還すること。 | 受付印 |
|  |