原爆被爆者一般疾病医療機関指定通知書紛失届

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　紛失の理由

　上記のとおり、お届けします。

年　　月　　日

 開設者　住　　所

 氏　　名

　福岡県知事　　殿

|  |  |
| --- | --- |
|   |  受付印 |
|  |