

年 月 日

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

鳥取県知事 様

開設者 住 所

氏 名

㊟

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第1項の規定による被爆者一般疾病医療機関として指定してください。

1 種 別 1 病院、2 診療所、3 歯科診療所、4 薬局、5 指定（老人）訪問看護事業者

2 名 称

3 所在地

4 指定を受けようとする年月日

年 月 日

5 保険医療機関（指定（老人）訪問看護事業者）として指定を受けた日

年 月 日