

原爆被爆者一般疾病医療機関指定申請書

名 称	
所 在 地 電話番号	〒           —  電話番号（           —           —           ）
診療科目	
開 設 者 氏名・名称	

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第15条の規定により、被爆者一般疾病医療機関として指定されるよう申請します。

指定希望日	令和    年    月    日
-------	-------------------

令和    年    月    日

鹿児島県知事    殿

開設者（住所） \_\_\_\_\_

（氏名） \_\_\_\_\_ ⑩