

原爆被爆者一般疾病医療機関指定辞退届

名 称	
所 在 地 電話番号	〒 ー 電話番号 (ー ー)
開 設 者 氏名・名称	
指定番号	第 号

令和 年 月 日をもって原爆被爆者一般疾病医療機関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施行令第16条の規定により届出ます。

令和 年 月 日

鹿児島県知事 殿

開設者 (住所) _____

(氏名) _____ ㊟