（様式第５号）

　　　　年　　月　　日

　島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（名称）

被爆者一般疾病医療機関指定通知書紛失届

下記の標記指定通知書を紛失いたしましたのでお届けいたします。

記

１　病院（診療所、薬局、訪問介護ステーション、介護老人保健施設、医療介

護院）の名称及び所在地

　　名　称

　　所在地

２　 開設者

３　 指定年月日

　　　　　　　年　　月　　日