（様式第１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申請書

　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成６年法律第117号。以下「法」という。）第19条第１項の規定による医療機関の指定を受けたく、申請します。

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

 保険医療機関番号　　（　　　　　　　　　　　　　）

　　介護保険事業所番号　（　　　　　　　　　　　　　）

　　開設年月日　　　　　　　年　　月　　日

２　管理者の住所及び氏名

　　住　所

　　氏　名

３　病院、診療所にあっては、標ぼうしている診療科名

４　指定を受けようとする年月日

　　　　　　　年　　月　　日