

被爆者一般疾病医療機関辞退申出書

年 月 日

宮崎県知事 殿

〒

開設者住所

氏名

㊟

電話

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の氏名及び代表者印)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第16条により準用する同施行令第13条の規定に基づき、指定の辞退を申し出ます。

医療機関指定年月日 及び指定番号	年 月 日 原第 号
医療機関の名称	
医療機関の所在地	
辞退年月日	年 月 日
辞退の理由	

※ 個人が開設者である医療機関で、開設者が死亡し、又は失踪の宣告を受けた場合は、戸籍法上の届出義務者がこの辞退届を提出してください。

この場合、届出者と開設者の関係を記載してください。

添付書類

指定書