

様式第3号

## 被爆者一般疾病医療機関指定辞退届

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

被爆者一般疾病医療機関として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第19条第2項の規定により申し出ます。

〒  
医療機関の所在地

\_\_\_\_\_

医療機関の名称

\_\_\_\_\_

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(介護事業者の場合10桁の事業所コード)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

辞退の理由

\_\_\_\_\_

辞退年月日

年 月 日

\_\_\_\_\_

〒  
開設者の住所

\_\_\_\_\_

開設者の氏名

\_\_\_\_\_

◎添付書類

被爆者一般疾病医療機関指定書

(返還できない場合は理由を記入： )

※必ず以下にも記入して提出してください。

◎本届出に関する問い合わせ先

担当者名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_