

## 被爆者一般疾病医療機関指定書 再交付申請書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

被爆者一般疾病医療機関指定書の再交付を申請します。

〒  
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)

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

再交付申請の理由

\_\_\_\_\_

〒  
開設者の住所

\_\_\_\_\_

開設者の氏名

\_\_\_\_\_

※必ず以下にも記入して申請してください。

◎本申請に関する問合せ先

担当者名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

◎指定書送付先 (いずれかにを入れてください)

医療機関の所在地

開設者の住所

その他 (〒 \_\_\_\_\_ )