

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

被爆者一般疾病医療機関に指定されたく、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第15条の規定に基づき申請します。

熊本県知事 様

年 月 日

医療 機 関	所在地	
	名称	
	開設日	年 月 日
	医療機関 コード	[] コード未設定のため、後日連絡します。(該当の場合○印)

(開 申 請 者) 者	所在地 又は住所	〒
	名称(代表者) 又は氏名	

この申請書に関する担当者(問合せ先)

所属等

氏名

TEL

FAX

- 注 1 この申請書は医療機関の所在地を所管する保健所(所在地が熊本市の場合は、県庁健康づくり推進課)に提出してください。
- 2 保険医療機関等の指定通知書の写しを添付してください。医療機関コードの未設定の場合は、コードが決定したら速やかに、管轄保健所又は県庁健康づくり推進課にFAX等でお知らせください。