

被爆者一般疾病医療機関指定書再交付申請書

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者

(法人にあつては、所在地、名称及び代表者の氏名)

住所

氏名

次のとおり被爆者一般疾病医療機関指定書の再交付を受けたいので、申請します。

医療機関または施設の情報

種別 (いずれかに○)

・医科 ・歯科 ・薬局 ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ・訪問看護ステーション

名称

所在地

電話番号

医療機関コード又は介護保険事業所番号

再交付の理由

※備考 破り、又は汚した場合は、当該指定書を添付してください。