令和　　年　　月　　日

　長野県知事　殿

医療機関の開設者

住　所

氏　名

電　話

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第１項の規定による被爆者一般疾病医療機関として指定してください。

１　医療機関（薬局・訪問看護ステーション等）の名称及び所在地

名　　称

所 在 地

電　　話

医療機関コード、

又は薬局コード、

ステーションコード、

介護保険事業者番号

のいずれか

２　病院・診療所にあっては、標ぼうしている診療科名

３　医療機関開設年月日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

４　指定を受けようとする年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日