**被爆者一般疾病医療機関指定申請書**

㊸

⑯

㊴

㊴

㊴

㊴

㊴

㊴

㊴

㊴

㊴

　　　年　　　月　　　日

㊴

㊴

大阪府知事　様

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第１９条に規定する医療機関として指定

されるよう申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院若しくは診療所、指定訪問看護事業者等又は薬局 | 名　　　称 |  |
| 保険医療機関番号  （保険薬局番号） | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 所　在　地 | 〒　　　　－  ＴＥＬ（　　　　　）　　　　　－ |
| 診　療　科 |  |
| 開　設　者 | 住　　　所  (法人の場合は主たる事業所の所在地） | 〒　　　　－  ＴＥＬ（　　　　　）　　　　　－ |
| 氏　　　名  (法人の場合は名称及び代表者の役職  ・氏名） |  |
| 指定希望年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |