

# 被爆者一般疾病医療機関辞退届

年 月 日

和歌山県知事様

開設者住所\_\_\_\_\_

開設者氏名\_\_\_\_\_

下記のとおり、被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいの  
でお届けします。

記

医療機関	名称	
	所在地	〒  電話 ( )
指定年月日	年 月 日	
指令番号	指令健第 号	
辞退年月日	年 月 日	
辞退の理由		

添付書類

被爆者一般疾病医療機関指定書（紛失等の場合は、紛失届け）