

原子爆弾被爆者

指定申請書

一般疾病医療機関

※ 番号			
①病院（診療所，薬局 又は訪問看護ステーション）の名称及び 所在地	名 称		
	所 在 地		
②管 理 者 の 住 所 及 び 氏 名	住 所		
	氏 名		
③診 療 科 名			
④開設者名（法人名）		⑤指定を受けよ うとする年月 日	年 月 日

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 19 条の規定による被爆者一般疾病医療機関として指定して下さるよう申請します。

年 月 日

岡山県知事

殿

開設者の氏名及び住所

（法人の場合は，名称，代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地）

㊟ 保険医・保険薬剤師の数	保 険 医	人	㊟ 病 院 お け る			
	保 険 薬 剤 師	人	診 療 エ ク ス 線 技 師 数	人	看 護 師 数	人
㊟ 保険医でない医師及び歯科医師の数並びに保険薬剤師でない薬剤師の数	医 師	人	助 産 師 数	人	准 看 護 師 数	人
	歯 科 医 師	人	等 級 別 病 床 数	床	給 食	有 ・ 無
	薬 剤 師	人				

㊟ 保 険 医 ・ 保 険 薬 剤 師

診 療 担 当 科 名	登 録 の 記 号 及 び 番 号	氏 名	異 動 年 月 日	診 療 担 当 科 名	登 録 の 記 号 及 び 番 号	氏 名	異 動 年 月 日
			・ ・				・ ・
			・ ・				・ ・
			・ ・				・ ・
			・ ・				・ ・
			・ ・				・ ・
			・ ・				・ ・

指定申請書（表面）の記入上の注意

③の欄は、病院又は診療所に限り、その標榜する診療科名を記入すること。

※ 印の欄は、記入しないこと。

その他開設等の参考となる資料を添付すること。

備 考