

(様式3)

被爆者一般疾病医療機関指定書再交付申請書

指 定 機 関	指 定 番 号	医 ・ 歯 ・ 薬 第 号
	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏 名	
再交付を受ける理由		破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失
上記理由に係る理由		

上記の理由により標記指定書の再交付を申請します。

年 月 日

岡山県知事 殿

住 所

氏 名

※添付書類 破損及び汚損の場合には、被爆者一般疾病医療機関指定書