

(様式4)

年 月 日

岡山県知事 殿

住 所
氏 名

被爆者一般疾病医療機関辞退届

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第1項による被爆者一般疾病医療機関の指定を辞退します。

1 指定番号 医・歯・薬 第 号

2 名 称

3 所 在 地

4 辞退しようとする年月日

年 月 日

5 理 由

※添付書類

被爆者一般疾病医療機関指定書