

令和 年 月 日

宮城県知事 村井 嘉浩 殿

開設者の住所

(法人の場合は所在地)

開設者の氏名

(法人の場合は名称及び代表者名)

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

下記のとおり、被爆者一般疾病医療機関として指定を受けたいので、申請します。

記

ふりがな 医療機関の名称		電話番号 ()
所在地		
ふりがな 管理者氏名		
診療科名		
開設年月日		
保険指定機関番号		