

令和 年 月 日

宮城県知事 村井 嘉浩 殿

開設者の郵便番号 〒

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 () |
| 郵便番号 所在地 | 〒 | |
| ふりがな 管理者氏名 | | |
| 診療科名 | | |
| 開設年月日 | 年 月 日 | |
| 保険指定機関番号 | | |