

令和 年 月 日

長野県知事 殿

医療機関の開設者

住 所

氏 名

電 話

## 被爆者一般疾病医療機関指定申請書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第1項の規定による被爆者一般疾病医療機関として指定してください。

### 1 医療機関（薬局・訪問看護ステーション等）の名称及び所在地

名 称 \_\_\_\_\_

所 在 地  
電 話 \_\_\_\_\_

医療機関コード、  
又は薬局コード、  
ステーションコード、  
介護保険事業者番号  
のいずれか \_\_\_\_\_

### 2 病院・診療所にあつては、標ぼうしている診療科名

3 医療機関開設年月日 年 月 日

4 指定を受けようとする年月日 年 月 日