

## 被爆者一般疾病医療機関辞退届

届出年月日:

栃木県知事 福田 富一 様

医療機関の指定番号: 号

医療機関の所在地: 〒

電話:

医療機関の名称:

開設者の住所: 〒

開設者名:

被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第2項の規定により届け出ます。

1 辞退理由

2 辞退年月日

3 備考