

被爆者一般疾病医療機関指定書紛失届

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:

下記理由により、被爆者一般疾病医療機関指定書を紛失したので届け出ます。

1 紛失の理由

2 紛失年月日