

令和 年 月 日

山 梨 県 知 事 殿

郵便番号：

住 所：

電話番号：

開設者名：

(法人にあつては、所在地、名称及び代表者の氏名)

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関辞退申出書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年12月16日法律第117号）第19条第2項の規定により、被爆者一般疾病医療機関を次により辞退します。

医療機関等の名称	
医療機関等の所在地	〒
電話番号	
指定された年月日	
辞退しようとする年月日	
辞退理由	
文書送付先（右記いずれかに○）	開設者住所 ・ 医療機関等の所在地

添付書類

- ・被爆者一般疾病医療機関指定通知書（指定時の通知原本）  
紛失した場合は、紛失届を添付すること。