令和 年 月 日

香川県知事 殿

開設者の住所及び氏名

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の指定を受けたいので、申請します。

記

１．医療機関の所在地（\*1）

２．医療機関の名称（\*2）

３．指定をうけようとする年月日

(\*1) 指定訪問看護事業者等にあっては、当該申請に係る訪問看護ステーション等の所在地

(\*2) 指定訪問看護事業者等にあっては、当該申請に係る訪問看護ステーション等の名称