

様式 5 号の 2

年 月 日

山形県知事 殿

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者の氏名

被爆者一般疾病医療機関指定辞退申出書

下記のとおり被爆者一般医療機関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施行令第 16 条において準用する同令第 13 条の規定により申し出ます。

記

- | | | | | | | |
|---|-------------|---|---|---|---|---|
| 1 | 指定年月日及び指定番号 | 年 | 月 | 日 | 第 | 号 |
| 2 | 辞退年月日 | 年 | 月 | 日 | | |
| 3 | 辞退の理由 | | | | | |