

年 月 日

東京都知事 殿

開設者等の住所
(法人の場合は、所在地)

開設者等の氏名 印
(法人の場合は、名称及び代表者名)

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

ふりがな							電話番号
医療機関等の名称							()
医療機関等の所在地	(郵便番号 —)						
ふりがな							
管理者氏名							
診療科目							
許可病床数	一般	療養	精神	感染症	結核	計	
開設等年月日	年 月 日						
保険指定機関番号							

指定希望年月日 年 月 日

(日本工業規格A列4番)