令和　　年　　月　　日

　宮城県知事　村井　嘉浩　殿

開設者の郵便番号　〒

開設者の住所（法人の場合は所在地）

開設者の氏名

（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として指定を受けたいので、申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  医療機関の名称 |  | 電話番号  　　　（　　　） |
| 郵便番号所在地 | 〒 | |
| ふりがな  管理者氏名 |  | |
| 診療科名 |  | |
| 開設年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 保険指定機関番号 |  | |