

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

平成 年 月 日

宮崎県知事 殿

〒

開設者住所

氏名

電話

㊟

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の氏名及び代表者印)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条規定の医療機関として指定を受けたいので、次のとおり申請します。

医療機関の 名 称	電話		
医療機関の 所 在 地	〒		
指定訪問 看護事業者 等の場合	申請訪問 看護ステー ションの	名 称	
		所在地	
介護老人 保健施設 の 場 合 (いずれか 一方に○)	介護保険法施行法第8条の規定により、介護老人保健施設となるか否か。		なる ならない
	介護保険法第72条の規定により、居宅サービス(短期入所療養介護、通所リハビリテーション)を提供する事業者となるか否か。		なる ならない
指定希望日	平成	年	月 日
開設年月日		年	月 日
診療科目			