

被爆者一般疾病医療機関指定書紛失届

愛媛県知事

様

年 月 日

開設者住所(所在地)

氏名(名称)

被爆者一般疾病医療機関指定書を紛失しましたので、次のとおり届け出ます。

記

1 名称

2 所在地

3 指定年月日及び番号

年 月 日・第 号

4 紛失年月日

5 紛失の理由