

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 _____ ㊟

(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辞退申出書

下記のとおり被爆者一般疾病医療機関を辞退します。

記

医療機関等の名称		電話番号 ()
医療機関等の所在地	(郵便番号 —)	
指定年月日及び 指定番号	年 月 日	第 号
辞退年月日	年 月 日	
辞退の理由		