

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指定通知書 再交付依頼書**

標記通知書を紛失しましたので、再交付を依頼します。

なお、通知書を発見した時は、直ちに返納します。

指定医療機関番号	原(病・診・薬・訪・介) 第 号
指 定 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
医療機関名	
所在地	

(担当者)

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_