

令和 年 月 日

山 梨 県 知 事 殿

郵便番号：

住 所：

電話番号：

開設者名：

(法人にあつては、所在地、名称及び代表者の氏名)

原子爆弾被爆者一般疾病医療機関変更届

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第12条及び法律施行規則第17条の規定により、次のとおり届け出ます。

医療機関等の名称		
医療機関等の所在地	〒	
電話番号		
指定された年月日		
変更しようとする年月日		
変更事項1 ()	新	
	旧	
変更事項2 ()	新	
	旧	
変更理由		
文書送付先 (右記いずれかに○)	開設者住所 ・ 医療機関等の所在地	

添付書類

- ・被爆者一般疾病医療機関指定通知書 (指定時の通知原本)
- ・変更事項が確認できる書類の写し
(届出変更事項 (異動) 届の写し、登記簿、変更事項がわかる新しい保険医療機関 (保険薬局) 指定通知書の写し 等)

備考

- ・変更事項欄の () には、医療機関の名称、所在地、開設者の住所、氏名又は名称等、変更した事項名を記載すること。