　　年　　月　　日

　　佐　賀　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（名称）

被爆者指定医療機関指定申請書

　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成６年法律第117号。以下「法」という。）第12条第１項の規定による医療機関の指定を受けたく、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令（平成7年政令第26号）第11条第1項の規定により次のとおり申請します。

　なお、指定の上は、法の定めるところにより医療を担当します。

１　病院（診療所）の名称及び所在地

　　名　称

　　所在地

２　開設者の住所及び氏名または名称

　　住　所

　　氏　名（名称）

３　標ぼうしている診療科名

４　担当しようとする診療科名

５　担当しようとする診療科に係る医療を主として担当する医師の氏名及び略歴

（担当診療科名及び担当医師氏名）

　　　履歴書　　　別紙のとおり

６　担当しようとする診療科に関する医療を行うために必要な設備の概要

　　　　　平面図　　　別紙のとおり

７　患者を入院させる施設の有無及び有するときはその定員

　　　有（　　　　　床）　・　　無

８　指定を受けようとする年月日

　　年　　月　　日

９．この申請に関する実務を行う担当者及び連絡先（問い合せ先）

担当者名：

役職及び所属：

電話番号：