　　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項並びに第22条第１項及び第２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　薬局

　　　名　称

　　　所在地

２　開設者

　　　住　所

　　　氏　名

３　調剤のために必要な設備及び施設の概要

別紙のとおり

４　指定を受けようとする年月日

　　年　　月　　日

５．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：