　　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辞退申出書[[1]](#footnote-1)

　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13条の規定により、次のとおり申し出ます。

１　医療機関の名称及び所在地

　　名　称

　　所在地

２　指定辞退の理由

３．指定辞退する年月日

　　　　　　　年　　月　　日

４．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：

1. 本申出は辞退しようとする日の30日以上前に行ってください。 [↑](#footnote-ref-1)