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