

年 月 日

長 崎 県 知 事 様

開設者の住所

氏名(名称)

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. 指定病院(診療所)の名称及び所在地

名 称

所 在 地 〒

連 絡 先 () -

2. 開設者の氏名(名称)及び所在地

氏名(名称)

所 在 地

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
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等の概要

(ア) 医師数 人

薬剤師数 人

看護師数 人

その他の従業者数 人

(イ) 敷地面積 m^2

(ウ) 平面図 別紙のとおり

(エ) 敷地周囲の見取図 別紙のとおり

(オ) 建物の構造及び概要

7. 診療所にあつては、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

入院施設 有 無

定 員 床

8. 指定希望日の有無 無 有(年 月 日希望)

9. この申請に関する実務を行う担当者及び連絡先(問い合わせ先)

担 当 者 名:

役職及び所属:

電 話 番 号: