

## 原爆被爆者一般疾病医療機関変更届

※ 変更前は「**全項目**」に御記入ください。

変更前	医療機関の 名称		指定 番号	第 号
	医療機関の 所在地	〒 _____ 電話 ( _____ )		
	開設者の 住所	〒 _____		
	開設者の 氏名・名称			

※ 変更後は「**変更のあった項目のみ**」御記入ください。

変更後	医療機関の 名称		指定 番号	第 号
	医療機関の 所在地	〒 _____ 電話 ( _____ )		
	開設者の 住所	〒 _____		
	開設者の 氏名・名称			

上記のとおり変更がありましたので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第16条の規定によりお届けします。

変更年月日	令和    年    月    日
-------	-------------------

令和    年    月    日

鹿児島県知事 殿

開設者 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ (印)