

被爆者一般疾病医療機関辞退届

(病院、診療所又は薬局用)

名 称	愛媛クリニック
所 在 地	松山市一番町四丁目4-2
指定年月日及び 指 定 番 号	昭和・平成・令和 ○○年 ○月 ○日 ・ 第 △△△△ 号
辞 退 年 月 日	令和 ○○年 ○月 ○日
辞 退 の 理 由	閉 院

上記のとおり、被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいので、届け出ます。

令和 ○○年 ○月 ○日

住 所 松山市一番町四丁目4-2
開設者 (主たる事務所の所在地)
名 称 医療法人 愛媛クリニック
(名称及び代表者職氏名) 理事長 愛媛 太郎

愛媛県知事 △△ △△ 様

※この届出書には、被爆者一般疾病医療機関指定書を添付してください。

被爆者一般疾病医療機関辞退届

(指定訪問看護事業者等用)

指定訪問看護ステーション等の名称	訪問看護ステーション 愛媛会
指定訪問看護ステーション等の所在地	松山市一番町四丁目4-2
指定年月日及び指定番号	昭和・平成・令和 ○○年 ○月 ○日 ・ 第 △△△△ 号
辞退年月日	令和 ○○年 ○月 ○日
辞退の理由	廃業

上記のとおり、被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいので、届け出ます。

令和 ○○年 ○月 ○日

主たる事務所の所在地
指定訪問看護事業者等
名称
代表者職氏名
松山市一番町四丁目4-2
医療法人 愛媛会
理事長 愛媛 太郎

愛媛県知事 △△ △△ 様

※この届出書には、被爆者一般疾病医療機関指定書を添付してください。

被爆者一般疾病医療機関辞退届
(介護老人保健施設用)

施設 の 名 称	介護老人保健施設 愛媛
施設 の 所 在 地	松山市一番町四丁目 4-2
指定年月日及び 指 定 番 号	昭和・平成・令和 ○○年 ○月 ○日 ・ 第 △△△△ 号
辞 退 年 月 日	令和 ○○年 ○月 ○日
辞 退 の 理 由	廃 業

上記のとおり、被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいので、届け出ます。

令和 ○○年 ○月 ○日

主たる事務所の 所在地 松山市一番町四丁目 4-2
開設者 名 称 医療法人 愛媛会
代表者職氏名 理事長 愛媛 太郎

愛媛県知事 △△ △△ 様

※この届出書には、被爆者一般疾病医療機関指定書を添付してください。