令和 年 月 日

香川県知事 殿

開設者の住所及び氏名

被爆者一般疾病医療機関辞退届

下記のとおり被爆者一般疾病医療機関を辞退します。

記

１．医療機関の所在地

２．医療機関の名称

３．辞退する年月日

　　　　年 月 日

４．辞退の理由