令和 年 月 日

　広 島 県 知 事 　様

　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

毒ガス障害者に対する救済措置要綱に基づく

 医療にかかる契約締結依頼書

 毒ガス障害者に対する救済措置要綱第５項の規定により，毒ガス障害者に対する

医療の実施医療機関として委託契約を締結してください。

１ 医療機関の名称及び所在地

 名 称

 所 在 地

　　　　　（　　　）　　　－

２ 標榜している診療科目

３ 契約希望年月日

 令和 年 月 日