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

 健康診断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項第１号の規定により，毒ガス障害者に

対する健康診断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