（様式３）

令和　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

（申請者）

診療所の所在地

診療所の名称

開設者の住所

（法人の場合は所在地）

開設者の氏名

（法人の場合は名称及び代表者の氏名）

全国がん登録における指定診療所の辞退届

　がん登録等の推進に関する法律（以下「法」という。）第６条第４項の規定により指定診療所の指定を辞退したいので、届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 地方厚生（支）局が指定する  保険医療機関コード |  |
| 診療所の名称 | ＊申請者欄の診療所と同一の場合は記入不要です。 |
| 標榜する診療科目 |  |
| 診療所の開設者の氏名  （法人の場合は代表者の氏名） | （自署）  ㊞ |