

(様式第1号)

平成 年 月 日

長崎県知事 中村 法道 様

(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

全国がん登録におけるがん罹患情報届出診療所指定申請書

がん登録等の推進に関する法律（以下「法」という。）第6条第2項の規定による診療所として、指定されたいので申請します。

なお、指定の上は法第6条第1項の規定による届出及び法第6条第5項の規定に定めるところに従い、法の規定による一切の事項を守ります。

記

地方厚生（支）局が指定する 保健医療機関コード	
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) (印)

(様式第3号)

平成 年 月 日

長崎県知事 様

(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

全国がん登録におけるがん罹患情報届出診療所の指定辞退届

がん登録等の推進に関する法律第6条第2項の規定による全国がん登録におけるがん罹患情報届出診療所としての下記指定を辞退したいので、理由を付し申込みます。

記

指定年月日	
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。
辞退する理由	
診療所の開設者の氏名 (法人の場合は代表者の氏名)	(自署) (印)