

様式第 1 号

平成 年 月 日

静岡県知事

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 印
(法人の場合は名称及び代表者の氏名)

全国がん登録の届出に係る診療所指定申請書

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、法その他関係法令に定める一切の事項を遵守します。

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。
開設者の氏名	(自書)
標榜する診療科目	
連絡先	担当者： 電話番号： E-mail：