

様式第2号

平成 年 月 日
医疾 第 号

様

静岡県知事

診療所指定通知書

がん登録等の推進に関する法律（以下「法」という。）第6条第1項に規定する診療所として、平成 年 月 日に提出のあった申請については、同条第2項の規定に基づき、下記のとおり指定しますので通知します。

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	
診療所の所在地	〒 (電話番号)
開設者の氏名	
開設者の住所	〒 (電話番号)
標榜する診療科目	
届出開始年月日	平成 年 月 日
備考	1 法その他関係法令を遵守してください。 2 1に違反した場合、又は不適切な行為があった場合は、本指定を取り消すことがあります。 3 指定内容に変更があった場合は、速やかに別紙様式第3号及び本通知書を提出してください。 4 指定を辞退する場合は、別紙様式第4号及び本通知書を提出してください。 5 御不明な点等ありましたら、県疾病対策課まで御連絡ください。