

様式第4号

平成 年 月 日

静岡県知事

様

(届出者)
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)

診療所指定辞退届出書

がん登録等の推進に関する法律第6条第4項の規定により、平成 年 月 日付け
医疾第 号で通知のあった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。 |
| 開設者の氏名 | (自書) |
| 標榜する診療科目 | |
| 届出対象情報最終年月日 | 平成 年 月 日まで |
| 連絡先 | 担当者： 電話番号： E-mail： |