

様式第6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)

診療所指定通知書再交付申請書

がん登録等の推進に関する法律第6条第2項の規定により診療所の指定を受け、交付のあった診療所指定通知書を紛失しましたので、再交付願います。