様式１

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（法人の場合は名称

及び代表者の氏名）

全国がん登録における指定申請書

がん登録等の推進に関する法律（以下「法」という。）施行規則第14条に基づき、法第６条第２項の規定による診療所として、指定をうけ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項の規定の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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①地方厚生（支）局が指定する保険医療機関コード | |  |
| ②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。 |
| ③標榜する診療科目 | |  |
| ④連絡先 | 電話番号 |  |
| E-MAIL |  |
| 実務担当者名 |  |

※連絡手段として使用しますので、E-MAILは必ずご記入願います。