

(様式第3号)

年 月 日

大阪府知事 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)

印

全国がん登録における指定(変更・辞退)届出書

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項及び大阪府がん登録実施要綱第3条(1)の規定による診療所の指定について、下記の通り届出します。

記

1(変更・辞退)年月日 年 月 日

辞退理由: _____

2 変更項目(変更のあった項目について変更年月日と変更前、変更後の内容を記入してください。)

| 項目 | 変更内容 | |
|------------------------------|------|-----|
| | 変更前 | 変更後 |
| 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 | | |
| 標榜する診療科目 | | |
| 診療所の開設者の氏名 (法人の場合は代表者の氏名) | | |
| その他(診療所の所在地・開設者の住所等) | | |

<届出に関する問合せ先>

所 属: _____

氏 名: _____

T E L: _____