

(様式1)

年 月 日

山形県知事 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。）第6条第2項の規定による診療所として、指定され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

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	
診療所の開設者氏名 (法人の場合は代表者の氏名)	

<申請に関する問い合わせ先（必ず記入ください）>

所 属： _____

氏 名： _____

T E L： _____

E - mail： _____