（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）

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条第１項（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：

TEL：