

平成 年 月 日

静岡県知事 様

(届出者)  
 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)

診療所指定事項変更届出書

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、平成 年 月 日付け  
 医疾第 号で通知のあった診療所の指定について、下記のとおり申請事項に変更  
 があったので届け出ます。

記

変 更 年 月 日		平 成 年 月 日	
変更事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	地方厚生(支)局が指定する保険医療機関コード	
	<input type="checkbox"/>	診療所の名称	
	<input type="checkbox"/>	診療所の所在地	〒 (電話番号 )
	<input type="checkbox"/>	開設者の氏名	(自書)
	<input type="checkbox"/>	開設者の住所	〒 (電話番号 )
	<input type="checkbox"/>	標榜する診療科目	

<連絡先>担 当 者 :  
 電 話 番 号 :  
 E - mail :