

様式第4号

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)

診療所指定辞退届出書

がん登録等の推進に関する法律第6条第4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を辞退したいので届出します。

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	※ 申請者欄の診療所と同一の場合は記入不要です。
開設者の氏名	(自書)
標榜する診療科目	
届出対象情報最終年月日	平成 年 月 日まで
連絡先	担当者： 電話番号： E-mail：