

(様式4)

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辞退届

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項の規定による指定を下記理由により辞退したいので、法第6条第4項の規定に基づき届け出ます。

なお、診療所の辞退後も、業務に関して知り得た秘密等、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	
辞退する理由	<input type="checkbox"/> 診療所の廃止 <input type="checkbox"/> その他（ <span style="font-size: 2em;">}</span> ）
診療所の開設者氏名 (法人の場合は代表者氏名)	
全国がん登録における指定書	<input type="checkbox"/> 同封 <input type="checkbox"/> 紛失

<届出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： \_\_\_\_\_