（**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：

　　　TEL：

　　　E‐mail：