|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |

（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 | □　診療所の廃止□　その他 |
| 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 | □　同封　　□　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：

　　　TEL：

　　　E‐mail：