（様式１）

　　　　年　月　日

沖縄県知事　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氏名）

診療所の電話番号

全国がん登録における診療所指定申請書

　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、指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

　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項の規定に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 |  |
| 診療所の所在地 |  |
| 標榜する診療科目 |  |
| 診療所の開設者の氏名  (法人の場合は代表者の氏名) | （自署） |

（様式１）　　　　　　　　　　　　　《 記　入　例 》

○○年○○月○○日

沖縄県知事　様

〈申請者〉

診療所の所在地　沖縄県那覇市泉崎○－○－○

診療所の名称　　○○○○診療所

開設者の住所　　沖縄県那覇市泉崎○－○－○

開設者の氏名　　○○　○○

診療所の電話番号　０９８－８６６－○○○○

全国がん登録における診療所指定申請書

　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、指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

　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項の規定に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 | ※それぞれの医療機関について定められた7 桁の番号  ○○　○○○○　○ |
| 診療所の名称 | ○○○○診療所 |
| 診療所の所在地 | 沖縄県那覇市泉崎○－○－○ |
| 標榜する診療科目 | ○○○科、○○○科 |
| 診療所の開設者の氏名  (法人の場合は代表者の氏名) | （自署）  ○○　○○ |