様式３

　　年　　月　　日

高知県知事　様

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診療所の変更届

　がん登録等の推進に関する法律第６条第２項の規定により指定を受けている診療所について、次のとおり変更が生じましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 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 |  |  |
| 変更年月日 |  | |

※該当する事項のみ記載してください。