様式４

　　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辞退届

　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、次のとおり指定を辞退します。

　なお、辞退後も業務上知り得た秘密の保持等、法に定める一切の事項について遵守します。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退年月日 |  |
| 辞退の理由 |  |