

様式 1

令和 年 月 日

高知県知事 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	※申請者欄の診療所と同一の場合は記入不要です。
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) ㊞