様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

滋賀県知事　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）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務担当者名：連絡先

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、指定の上は法第６条第1項の規定による届け出及び法第６条第５項の規定の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 | ※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） |  |
| （参考）  初回の診断が行われた原発性のがん診断件数  （前年1月1日～12月31日） | 件 |