

(様式3)

平成 年 月 日

(あて先) 秋田県知事

(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 印  
(法人の場合は名称及び代表者の氏名)

がん登録等の推進に関する法律に基づく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項の規定より指定を受けている診療所について、次のとおり変更します(しました)ので、次のとおり届出します。

- 1 指定番号 第 号
- 2 変更年月日 平成 年 月 日
- 3 変更内容

	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(※地方厚生(支)局への届出名称)		
診療所の所在地(※地方厚生(支)局への届出所在地)		
標榜する診療科目		
開設者の氏名(法人の場合は名称及び代表者の氏名)		
開設者の住所(法人の場合は所在地)		

※該当する事項のみ記載してください。