

(様式4)

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
(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たいので、同法第6条第4項の規定により届出します。

なお、辞退後も業務に関して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。

1 指定番号 第 号

2 診療所名等

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)	
辞退理由	<input type="checkbox"/> 診療所の廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()