（別記様式第３号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○第　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　兵庫県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　 団体名

病院開設者名

兵庫県指定がん診療連携拠点病院の指定更新申請書

　兵庫県指定がん診療連携拠点病院について、下記医療機関の指定更新を希望しますので、下記のとおり申請します。

　なお、引き続き、兵庫県指定がん診療連携拠点病院設置要綱の規定を遵守します。

記

１　医療機関 所在地

名　称

２　更新期間 　　年　　月　　日から　　年間

３　添付書類

　兵庫県指定がん診療連携拠点病院の指定に係る現況報告書一式

　　（　　　　年　　月　　日付け提出分）

※必ずご記載願います

医療機関の担当者名

連絡先(電話)

E-mailアドレス