様式２

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

（届出者）

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辞退届

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項の規定による指定を下記理由により辞退したいので、法第６条第４項の規定に基づき届け出ます。

なお、診療所の辞退後も、業務に関して知り得た秘密等、法の規定による一切の事項を守ります。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ①地方厚生（支）局が指定する  保険医療機関コード |  |
| ②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。 |
| ③辞退する理由 | □　診療所の廃止  □　その他 |