（様式４）

　　　　年　月　日

沖縄県知事　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氏名）

診療所の電話番号

全国がん登録における指定診療所辞退届

　がん登録等の推進に関する法律第６条第２項の規定による診療所としての指定を辞退したく、下記のとおり届け出ます。

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 |  |
| 辞退の理由 |  |
| 診療所の開設者氏名  （法人の場合は代表者氏名） | （自署） |