

(様式4)

平成 年 月 日

福岡県知事 殿

(申請者)

全国がん登録における指定診療所の辞退届

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項の規定による診療所としての指定を辞退いたします。

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	※申請者欄の診療所と同一の場合は記入不要です。
標榜する診療科目	
診療所の開設者の氏名 (法人の場合は代表者の氏名)	(自署) ㊟