（様式１）

平成　年　月　日

　栃木県知事　様

（申請者）

診療所所在地

診療所名称

開設者住所

（法人の場合は所在地）

開設者氏名

（法人の場合は名称及び代表者氏名）

指定申請書

　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指定されたいので申請します。

　なお、指定の上は法第6条第1項の規定による届出及び法第6条第5項の規定に定めるところに従い、法の規定による一切の事項を守ります。

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）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 事務担当者所属・氏名 | 所属：　　　　　　　　　　　　氏名： |
| 電話番号／FAX番号 | 電話：　　　　　　　　　　　　FAX： |
| メールアドレス | ＠ |