様式１

平成　　年　　月　　日

岩手県知事　殿

（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の氏名）

全国がん登録における指定申請書

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項の規定の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）㊞ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| E-MAIL |  |
| 連絡担当者名 |  |

様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 健　第　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

診療所の開設者　殿

岩手県知事　達　増　拓　也

全国がん登録における指定書

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、指定したので通知します。

なお、法第６条第１項の規定による届出及び法第６条第５項の規定の定めるところに従い、法の規定による一切の事項を遵守願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指定年月日 | 平成　　年１月１日 |
| 指定番号 |  |
| 診療所の名称 |  |

様式３

平成　　年　　月　　日

岩手県知事　殿

（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内容変更届

がん登録等の推進に関する法律第６条第２項の規定による指定内容の

　変更について、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ①事実発生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| ②指定内容等の変更 | □　診療所の（　休止　・　再開　）□　診療所の名称変更□　診療所の（　開設者　・　管理者　）の変更□　その他 |
| ③連絡先の変更 | □　電話番号　　□　E-MAIL　　□　連絡担当者 |
| ④変更等の内容 | 旧 |  |
| 新 |  |
| ⑤備考（変更の理由） |  |

※原則、診療所の移転は、辞退、新規申請となります。

様式４

平成　　年　　月　　日

岩手県知事　殿

（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 |

様式５

平成　　年　　月　　日

岩手県知事　殿

（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の氏名）

全国がん登録における指定書再交付届

全国がん登録における指定書を滅失し、再交付を受けたいので、岩手県全国がん登録指定診療所指定要領第10条第１項の規定により申請します。