（様式第１号）

　年　月　日

大阪府知事　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項及び大阪府がん登録実施要綱第３条第１項（１）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 |  |
| 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） |

＜申請に関する問合せ先＞

所属：

氏名：

TEL：

FAX：

E-mail：

（様式第１号（別紙））

|  |  |
| --- | --- |
| 年間のがん患者診断数 | 約　　　件 |
| 年間のがん患者治療数 | 約　　　件 |
| ※同意事項（以下の事項について同意した場合はチェックをつけてください。） | |
| 全国がん登録オンラインシステム  （届出票を移送するシステム）の導入について  参考資料【別添】 | □ |
| 届出義務が発生してから２年間連続で、届出実績または届出がないことの報告がない場合は、全国がん登録に係る診療所の指定を辞退したものとみなし、指定を取り消します。 | □ |