

様式第3号

## 全国がん登録における指定診療所の変更届

年 月 日

愛媛県知事 様

診療所の名称

開設者の住所

(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

開設者の氏名

(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

印

がん登録等の推進に関する法律第6条第2項の規定により指定されている診療所について、次のとおり変更が生じたので届け出ます。

地方厚生（支）局 が指定する保険 医療機関コード	変更前	
	変更後	
診療所の名称	変更前	
	変更後	
診療所の所在地	変更前	
	変更後	
標榜する診療科 目	変更前	
	変更後	
診療所の開設者 の住所・氏名（法 人の場合は、主た る事務所の所在 地・名称）	変更前	
	変更後	

(注) 変更のある事項について、記載してください。