

様式第4号

全国がん登録における指定診療所の辞退届

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項の規定による診療所の指定を次のとおり辞退します。

辞退年月日	
辞退の理由	