

(様式5)

年 月 日

岡山県知事 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

印

(法人の場合は名称及び代表者の氏名)

### 全国がん登録指定診療所指定書再交付申請書

全国がん登録指定診療所指定書を滅失し、再交付を受けたいので、岡山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。