

(様式4)

令和 年 月 日

福井県知事様

(申請者)

診療所の住所

診療所の名称

開設者の氏名

印

(法人の場合は名称および代表者の氏名)

全国がん登録における指定診療所の辞退届

がん登録等の推進に関する法律第6条第2項の規定による診療所としての指定を辞退します。