

(様式1)

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としての同意書

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協力  
することに同意します。