（様式５）

 　　　 　　令和　　年　　月　　日

　徳島県知事　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

 　　　　　 （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、徳島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。