

茨城県知事 殿

住 所
名 称
代表者名
T E L
メールアドレス

胃 がん 検 診 登 録 抹 消 届

下記のとおり、登録抹消の届出をします。

記

登録（更新）年月日	年 月 日
登録種別 (該当項目に○を付ける)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 登録検診機関（集団検診機関） 2. 登録検診機関（胃部エックス線検査医療機関） 3. 登録検診機関（胃内視鏡検査医療機関） 4. 読影管理委員会 5. 登録精密検査医療機関
廃止又は登録抹消希望の理由	
廃止又は登録抹消希望の 年 月 日	年 月 日
備 考	

【本申請書に関する照会先】

部署名：

担当者名：