様式第９号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔ Ｅ Ｌ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

**子宮頸がん検診登録検診機関（医療機関）変更届**

　下記のとおり変更の届出をします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録（更新）年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 変　更　内　容 | 事　　　　項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 　 | 　 | 　 |
| 変　更　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 |  |