様式第３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

**大腸がん検診登録精密検査医療機関変更届**

　下記のとおり、変更の届出をします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 変更事項 | 事　　　　項 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  |  |  |
| 変　更　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 備　　　考 |  |