

様式第 11 号

番 号
年 月 日

茨城県知事 殿

住 所
開設者名
代表者名
T E L
メールアドレス

乳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

機関名： _____

登録（更新）年月日	年 月 日
登録種類別 (該当項目に○を付ける)	1. 登録検診機関（集団検診機関） 2. 登録検診機関（医療機関） 3. 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 年月日	年 月 日
備 考	

【本書に関する照会先】（医療機関の廃止等により、照会先が無い場合は記載不要）

部署名： 担当者名：
