

茨城県知事 殿

住 所
名 称
代表者名 印
TEL

子宮頸がん検診登録検診機関（集団検診機関）変更届

下記のとおり変更の届出をします。

記

医療機関名：

登録年月日		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			