

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

印

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			