様式第４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登録抹消届**

　下記のとおり、登録抹消の届出をします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 廃止又は登録抹消希望の理由 |  |
| 廃止又は登録抹消希望の年　　月　　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 備　　　考 |  |