

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

乳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			

【本書に関する照会先】

部署名：
担当者名：