

様式第7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

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			