様式第１２号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

**子宮頸がん検診登録抹消届**

　下記のとおり、登録抹消の届出をします。

記

機関名：

|  |  |
| --- | --- |
| 登録（更新）年月日 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 登録種別（該当項目に○をつける） | 1. 登録検診機関（集団検診機関） 2. 登録検診機関（医療機関） 3. 登録検査機関   ４．登録精密検査医療機関 |
| 廃止又は登録抹消希望年月日 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 備考 |  |

【本申請書に関する照会先】（廃止等により、照会先が無い場合は記載不要。）

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 担当者名 |  |