

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	