

様式第 12 号

番 号  
年 月 日

茨城県知事 殿

住 所

開設者名

代表者名

T E L

メールアドレス

### 肺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

登録（更新）年月日	年 月 日
登録種別 (該当項目に○を付ける)	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. 読影管理委員会 4. 登録精密検査医療機関
廃止又は登録抹消希望 の理由	
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】

部署名：

担当者名：