

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

肺がん検診登録精密検査医療機関変更届

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			

【本申請書に関する照会先】

部署名：

担当者名：

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

肺がん検診登録精密検査医療機関（連携型）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	
事 項		変更前	変更後
変 更 内 容			
変更年月日		年 月 日	
備 考			

【本申請書に関する照会先】

部署名：

担当者名：