

茨城県知事 殿

住 所
名 称
代 表 者 名
T E L
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