

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

肺がん検診登録検診機関（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：