様式２

群馬県大腸がん検診精密検査対応医療機関リスト掲載変更・取下申出書

群馬県知事　様

医療機関名

代表者名

住　　　所　〒　　　　－

電話番号

群馬県大腸がん検診精密検査対応医療機関リストの掲載について、下記のとおり申し出ます。

　　　　　 　年　 　月　 　日

記

◆変更・取り下げ内容

　　　いずれかに○をつけてください。

　①　医療機関情報・対応医師を変更します。

②　医療機関全体を取り下げます。

①について、変更箇所をご記入ください。

変更前（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

変更後（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）