（様式第６号）

香川県がん検診精密検査協力医療機関変更届出書

　　年　　月　　日

　香川県知事　殿

医療機関名：

代表者職氏名：

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、届出書の内容に変更を生じたため、下記のとおり届出します。

１　届出内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更箇所 | | 変更前 | | 変更後 |
|  | |  | |  |
| 事務担当 | 部署・氏名 | |  | |
| 電話番号 | |  | |
| FAX番号 | |  | |
| メールアドレス | |  | |

２　変更年月日

　　　　年　　月　　日