様式第2号

**長崎県がん検診精密検査医療機関登録　変更届**

　　年　　月　　日

医療政策課長　様

　　　　　 所在地

　　　　　　医療機関名

　　　　　　代表者名

長崎県がん検診精密検査医療機関登録事項に変更がありましたので、下記のとおり届け出ます。

１．変更内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２．変更年月日

　　　　　年　　月　　日より