様式第５号

**長崎県がん検診精密検査医療機関登録　要件未充足届**

　　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要件のうち、以下の要件を満たせなくなりましたので届け出ます。

１．未充足要件内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| がん種 | 未充足要件 | 未充足状況 | 充足見込年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２．未充足年月日

　　　　　年　　月　　日より