(様式第６号)

高知県がん検診精密検査実施医療機関取消届出書

　　年　　月　　日

　　高知県健康診査管理指導協議会長　殿

医療機関名：

代表者職氏名：

　がん検診精密検査実施医療機関を下記の理由により取り消したいので提出します。

記

　　　　　１　（　　　　）がん検診精密検査実施医療機関

　　　　　２　取り消しする理由

　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）