年　　月　　日

　和歌山県福祉保健部健康局

　　　健康推進課長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　代表者名

**和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関変更届**

　下記の内容について変更がありましたので、届け出ます。

記

１　変更内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 新 | 旧 |
|  |  |  |

２　変更年月日

３　添付書類

　・