令和　　年　　月　　日

旭川市長　様

検診実施医療機関開設者　住　　所
名　　称
氏　　名
電話番号
（法人にあっては、主たる事業所の所在地及び名称）

旭川市胃がん検診（胃内視鏡検査）実施医療機関独自様式使用変更申請書

旭川市から承認を受けた様式について、　　年　　月　　日付で別紙のとおり変更したいので申請します。

チェック（該当する項目に〇）	様　　式	※市使用欄	
		書類提出	内容確認
	【様式１】受診票		
	【様式２】胃がん検診の対象者に確認・説明しておくべきこと		
	【様式３】同意書		

※変更した様式を添付すること。

変更理由
□様式変更のため
□記載内容変更のため
□その他

下記にその他の内容を御記入ください。