

旭川市胃がん検診(胃内視鏡検査)ダブルチェック医療機関追加・廃止届出書

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

当院のダブルチェック医療機関を、次のとおり（変更・廃止）したいので届け出ます。

<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	年月日 令和 年 月 日
--	-----------------

No.	ダブルチェック医療機関名	※市使用欄
1	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 読影医届出確認
	医療機関コード	
2	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 読影医届出確認
	医療機関コード	
3	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 読影医届出確認
	医療機関コード	

※届出のあった医療機関が実施医療機関に登録されていない場合や読影医の登録がない場合は、先にダブルチェックを行う医療機関の実施届出が必要です。