様式第４号

**長崎県がん検診精密検査医療機関登録　辞退届**

　　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について、下記の理由により辞退します。

１．辞退理由

２．辞退年月日

　　　　　　年　　月　　日より