

佐久市歯周病(義歯) 検診実施医療機関変更届

令和 年 月 日

(あて先) 佐久市長

郵便番号  
所在地

医療機関名

代表者

電話番号

佐久市歯周病（義歯）検診実施医療機関として登録した事項を、変更（辞退）したいので、届け出します。

1 変更、辞退の区別

(1) 変更

(2) 辞退

2 変更する場合にあっては、その内容

辞退する場合にあっては、その期日の記入をお願いします。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

担当課処理欄

受付印