**様式４**

対策型胃内視鏡検診

令和　年度協力意向回答書

 令和　　年　　　月　　　日

 秋田県消化器がん検診中央委員会　御中

 検査実施医療機関名

 住　　　　　　　所

 　　　電話番号

　当該年度に実施される対策型胃内視鏡検診に関し、以下のとおり回答します。

|  |
| --- |
| ・協力できません（登録は継続します） |

|  |
| --- |
| 通信欄 |