**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 |