

「がん地域連携パス」参加確認書

- 「がん地域連携パス」を用いて県立がんセンターとの連携を希望します
 「がん地域連携パス」を用いて県立がんセンターとの連携を希望しません

・連携を希望される場合は、いずれかの□にチェックを入れて下さい。

がんの種類	今回申請	既に申請済	申請予定なし	担当医師名 (代表者)	メールアドレス
胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
肝がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
子宮がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
前立腺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

・県立がんセンターから、がんの地域連携パス関連の書類をお送りします。該当する項目にチェックをお入れください。

- 関連書類の送付を希望します 関連書類の送付を希望しない

・下記の内容にご同意いただける場合は、下記の項目にチェックをお入れください

- 県立がんセンターの連携登録医療機関として登録を希望します。
 県立がんセンターのホームページでの情報共有、リンクをすることに同意します。

令和 年 月 日

貴施設名： _____

貴施設コード番号： _____ 病床数（病院）： _____ 床

貴施設代表者氏名（御署名）： _____

事務担当者御氏名： _____

連絡先ご住所： 〒 _____

メールアドレス： _____ (連絡用メーリングリストに登録致します)

電話番号： _____ FAX 番号： _____