

**兵庫県立がんセンター地域連携室 宛**  
**FAX 078-926-5410(直通)**

がん地域連携パス参加申込書

「がん地域連携パス」を用いて兵庫県立がんセンターとの連携を希望します。

- ・連携するパスについて、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 地域連携パス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
大腸がん 地域連携パス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
肝がん 地域連携パス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
肺がん 地域連携パス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
乳がん 地域連携パス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- ・こちらから申請に必要な書類をお送りします。不要の場合は□にチェックを入れてください。

申請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、各項目にチェックを入れて、施設代表者氏名欄に御署名をお願いします。

兵庫県立がんセンターの連携診療登録医療機関として登録を希望します。

兵庫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。

平成 年 月 日

貴施設名： \_\_\_\_\_ 病床数（病院）： \_\_\_\_\_ 床

貴施設代表者氏名（御署名）： \_\_\_\_\_

事務担当者氏名： \_\_\_\_\_

連絡先： 〒 \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_（連絡用メールリングリストに登録致します）

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX番号： \_\_\_\_\_

（登録のために必要な情報です。記入漏れがないようご注意ください。）