

(かかりつけ施設側申込書)

がん地域連携クリティカルパス事業参加申込書

沖縄県、沖縄県医師会、沖縄県がん診療連携協議会が実施する
「5大がん地域連携クリティカルパス」事業に参加します。

平成 年 月 日

がん種： 胃がん 担当医師 _____

肺がん 担当医師 _____

肝がん 担当医師 _____

大腸がん 担当医師 _____

乳がん 担当医師 _____

病院名： _____

事務担当者： _____

メールアドレス： _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

メールアドレスはメーリングリスト登録に使用します。

5大がん地域連携パス事業に参加する施設の一覧を各種媒体で公開します。

(インターネットや印刷物など)

沖縄県がん診療連携協議会事務局
(琉球大学医学部附属病院がんセンター内)

TEL：098-895-1369 (直通)

FAX：098-895-1497 (直通)