

がん地域医療連携手帳
がん種の追加登録申込書

申し込み年月日	年 月 日
医療機関名	
ご連絡先	住所 〒 ー TEL : FAX :
担当者氏名	
追加登録希望のがん種 ※○印をご記入下さい。	胃がん 胃がん内視鏡 肺がん 乳がん 大腸がん 肝臓がん 前立腺がん
事務局記載欄	受付年月日： 年 月 日

連絡先：福島県立医科大学附属病院
〒960-1295 福島市光ヶ丘1番地
臨床腫瘍センター
FAX：024-547-1089
TEL：024-547-1087