

がん治療連携計画等に基づく登録申込書

※ 該当する項目にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 肺がん（抗がん剤）連携パス	<input type="checkbox"/> 肺がん（フォロー）連携パス
<input type="checkbox"/> 胃がん（抗がん剤）連携パス	<input type="checkbox"/> 胃がん（フォロー）連携パス
<input type="checkbox"/> 大腸がん（抗がん剤）連携パス	<input type="checkbox"/> 大腸がん（フォロー）連携パス
<input type="checkbox"/> 乳がん（抗がん剤）連携パス	
	<input type="checkbox"/> 肝がん（フォロー）連携パス

連携医療機関名	
診療科	
医療機関コード	
病床数	
所在地	〒 _____
連絡先	電話番号： _____ F A X： _____
管理医師名	
計画策定病院	市立豊中病院

〔確認事項〕

1. 施設基準の届け出につきましては、登録申込書の提出により計画策定病院が近畿厚生局に実施いたします。
 ※ 連携医療機関様は、近畿厚生局に届け出いただく必要はございません。

2. 患者さま及び地域住民向けとして、がん治療連携計画に基づく医療連携提供体制については、連携医療機関名等を含めて計画策定病院のホームページ上にて公表させていただきます。