

(専門施設側申込書)

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

□胃がん	代表者 (E-Mail)	
	担当医師(複数可) (E-Mail)	
□肺がん	代表者 (E-Mail)	
	担当医師(複数可) (E-Mail)	
□肝がん	代表者 (E-Mail)	
	担当医師(複数可) (E-Mail)	
□大腸がん	代表者 (E-Mail)	
	担当医師(複数可) (E-Mail)	
□乳がん	代表者 (E-Mail)	
	担当医師(複数可) (E-Mail)	

施設名： _____

事務担当者(連携室職員など)： _____ 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)

24時間対応可能な施設であり、緊急な患者さんの対応は常時いつでも対応する。

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)

