

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 〒<br><br>TEL :<br>FAX :                |
| 担当者氏名                         |                                           |
| 追加登録希望のがん種<br><br>※○印をご記入下さい。 | 胃がん 胃がん内視鏡 肺がん 乳がん<br><br>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