

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。

☐ 肺 が ん（フォロー）連携パス	☐ 肺 が ん（抗がん剤）連携パス
☐ 胃 が ん（フォロー）連携パス	☐ 胃 が ん（抗がん剤）連携パス
☐ 胃 が ん（内視鏡治療後フォロー）連携パス	
☐ 大腸がん（フォロー）連携パス	☐ 大腸がん（抗がん剤）連携パス
☐ 乳 が ん（フォロー・ホルモン療法）連携パス	☐ 乳がん(抗がん剤) 連携パス
☐ 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〕

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。