

# (かかりつけ施設側申込書)

## 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  
「がん地域連携クリティカルパス」事業に参加します。

西暦 年 月 日

疾患名 対応可能な疾患に☑ をお願いします。)	担当医師名（複数可）	対応可能な診察・検査について、○をお願いします。				
		日々の 診察	CT 読影 あり	CT 読影 なし	内視鏡 検査	腫瘍マ ーカー
<input type="checkbox"/> 肺がん						
<input type="checkbox"/> 胃がん						
<input type="checkbox"/> 肝がん						
<input type="checkbox"/> 大腸がん						
<input type="checkbox"/> 乳がん						
<input type="checkbox"/> 前立腺がん						

下記の内容にご同意いただく必要があります。

ご同意いただける場合は、下記に☑チェックを入れて下さい。

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)

病院名： \_\_\_\_\_ 病床数： \_\_\_\_\_ 床 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

事務担当者（連携室職員など）： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

連絡先： 沖縄県がん診療連携協議会事務局（琉球大学病院がんセンター内）

TEL：098-894-1527（直通） FAX：098-894-1519（直通）