

# (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  
「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

<input type="checkbox"/> 胃がん	担当医師(複数可)	
<input type="checkbox"/> 肺がん	担当医師(複数可)	
<input type="checkbox"/> 肝がん	担当医師(複数可)	
<input type="checkbox"/> 大腸がん	担当医師(複数可)	
<input type="checkbox"/> 乳がん	担当医師(複数可)	
<input type="checkbox"/> 前立腺がん	担当医師(複数可)	

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、各項目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)

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。

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）