

神戸大学医学部附属病院 患者支援センター宛
FAX 078-382-6710(直通)

「がん地域連携パス」参加確認書

- 「がん地域連携パス」を用いて、神戸大学医学部附属病院との連携を希望します。
 「がん地域連携パス」を用いて、神戸大学医学部附属病院との連携を希望しません。

・連携を希望される場合は、いずれかのにチェックを入れてください。

がんの種類	今回申請	申請予定なし	担当医師	連絡先
肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
肝がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

・神戸大学医学部附属病院から、がん地域連携パス関連の書類をお送りします。
該当する項目にチェックを入れてください。

- 関連書類の送付を希望する。
 関連書類の送付を希望しない。

・下記の内容にご同意いただける場合は、下記の項目にチェックを入れてください。

- 神戸大学医学部附属病院の連携登録医療機関として登録を希望します。
 神戸大学医学部附属病院のホームページでの情報共有、リンクすることに同意します。

令和元年 月 日

貴施設名：

貴施設コード：

病床数：

代表者名：

事務担当者名：

住所：

電話番号：

FAX番号：
