

様式第1

がん医療連携体制を担う医療機関届

年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号
(記入者氏名)

がん医療連携を担う医療機関として、下記のとおり届け出ます。
また、受理された後、がん医療連携を担う医療機関として医療機関名が公表されることを承諾します。

記

【医療機能】

施設区分	がんの種別					
	胃がん	肺がん	大腸がん	肝がん	子宮がん	乳がん
かかりつけ医・ 検診施設						
専門診療施設						
手術、化学療法 対応施設						
療養支援施設						

※ 該当する施設区分・がんの種別に「○」印をつけてください