

様式第2

がん医療連携体制を担う医療機関変更届

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の内容に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。
また、受理された後、変更した内容で、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						

※ 新たに参加する施設区分・がんの種別に「○」印を、参加を取りやめる施設区分・がんの種別に「×」を付けてください