

様式第3

## がん医療連携体制を担う医療機関辞退届

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を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

1 医療機能（辞退する施設区分・がんの種別に「×」印をつけてください）

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						

2 辞退理由

{

}