

【送信先】 送信票は添付不要です。

FAX : 019 - 651 - 6606

がん地域連携パス 連携医療機関登録票

岩手県がん診療連携協議会事務局 御中

当医療機関は岩手県内全てのがん診療連携拠点病院(以下、「計画策定病院」という。)と連携し当該病院からの退院後の治療を担うことに同意します。

つきましては、計画策定病院に対し、当医療機関を「がん診療連携計画策定料」の「連携保健医療機関」として届け出るよう下記登録情報を伝達してください。

当医療機関は別途、計画策定病院と連携する旨「がん治療連携指導料」の届出を行います。

平成 年 月 日

<登録情報>

連携するがんの種類 (下段に)	肺	胃	大腸	肝臓	乳

医療機関名				病床数	床
電話番号	(内)		FAX 番号		
住 所					
事務担当部署					
担 当 者	職名		氏名		

【岩手県がん診療連携協議会 事務局】
(岩手医科大学附属病院内)
〒020-8505 岩手県盛岡市内丸19番1号
TEL:019-651-5111 FAX:019-651-6606
E-mail: imu@j.iwate-med.ac.jp