**がん地域連携パス連携保険医療機関登録届出書**

令和　　年　　月　　日

北播磨総合医療センター

病院長　西　村　善　博　様

〈連携医療機関〉

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者

下記のとおり、がんの地域連携パス連携医療機関として届け出します。

|  |
| --- |
| パス連携種別と連絡先 |
| がんの種別（該当項目にチェックしてください。） | □肺がん　　□胃がん　　□肝がん□大腸がん　□乳がん　　 |
| 連絡先 | 部署 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

※担当医、担当看護師等については、案件の都度、確認いたします。