

SAMPLE

平成23年 〇月 〇日

札幌地区がん診療連携拠点病院 殿

地域連携クリティカルパス参加登録届

下記の地域連携クリティカルパスを用いて、札幌地区がん診療連携拠点病院との連携を希望します。

がんの種類	連携希望
胃がん地域連携パス	<input checked="" type="checkbox"/>
大腸がん地域連携パス	<input checked="" type="checkbox"/>
肝がん地域連携パス	<input checked="" type="checkbox"/>
肺がん地域連携パス	<input checked="" type="checkbox"/>
乳がん地域連携パス	<input checked="" type="checkbox"/>

貴施設名 : 医療法人 〇〇 会 〇〇〇病院

病床数 (病院) : 200 床

貴施設代表者氏名 (御署名) : 院 長 〇〇 〇〇

事務担当者氏名 : 〇〇係 〇〇 〇〇

連絡先 : 〒???-?? 札幌市~

メールアドレス : ABC@AAA.CO.JP

電話番号 : 011-000-0000

F A X 番号 : 011-000-0000

(登録のために必要な情報です。記入漏れがないようご注意ください。)