

国立病院機構函館病院宛（0120-750-766）にFAX願います

平成 年 月 日

国立病院機構函館病院 病院長 殿

がん地域連携パス参加申込書

下記の地域連携クリティカルパスを用いて、貴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（私のカルテ）	<input type="checkbox"/>
大腸がん地域連携パス（私のカルテ）	<input type="checkbox"/>
肝がん地域連携パス	<input type="checkbox"/>
肺がん地域連携パス（私のカルテ）	<input type="checkbox"/>
乳がん地域連携パス（私のカルテ）	<input type="checkbox"/>

貴施設名 : _____
病床数（病院） : _____床

貴施設代表者氏名（御署名） :

事務担当者氏名 :

連絡先 : 〒

メールアドレス :
電話番号 :
FAX番号 :

（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。）

※連携パスに関しましてご不明の点がありましたら
国立病院機構函館病院がん相談支援センターまでご連絡ください。