

# 宮崎県地域連携パス連携先医療機関登録票

年 月 日

医療機関名: \_\_\_\_\_ 病床数: \_\_\_\_\_

ご住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ FAX番号: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

担当者(職名・氏名): \_\_\_\_\_

宮崎県地域連携パスによるがん治療にご協力いただける場合は、対応できるがん  
 全て(太枠部分)に○をつけてください。

対応できるがんの種類	対応の有・無	
胃		
肺	術後	
	内服化学療法	
大腸		
肝		
乳		

FAX送付先: 0985-85-9709  
 (宮崎県がん診療連携協議会 事務局)

ご回答ありがとうございました。