

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	
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。