別紙様式１

青森県がん診療連携協議会事務局　宛

FAX ０１７－７２６－８１６２（直通）

青森県がん地域連携パスの連携医療機関としてのご参加について

参加します　　・　　参加しません

（いずれかに○をご記入ください）

 ・連携を希望するパスについて、□にチェックを入れてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| がんの種類  | 今回 希望  | 希望なし | 担当医師職氏名 （代表者）  | メールアドレス |
| 胃がん地域連携パス  | □  | □  |  |  |
| 大腸がん地域連携パス  | □  | □  |  |  |
| 肝がん地域連携パス  | □  | □  |  |  |
| 肺がん地域連携パス  | □  | □  |  |  |
| 乳がん地域連携パス  | □  | □  |  |  |
| ＥＳＤ地域連携パス | □ | □ |  |  |

**・下記の内容にご同意いただく必要があります。ご同意いただける場合は、□にチェックをご記入の上、施設代表者氏名欄に御署名をお願いします。**

□ 「B-005-6がん治療連携計画策定料」について、がん診療連携拠点病院（青森県立中央病院、弘前大学医学部附属病院、八戸市立市民病院）及び地域がん診療病院（むつ総合病院、十和田市立中央病院）並びに青森県がん診療連携推進病院（三沢市立三沢病院、黒石病院、青森市民病院、青森労災病院）の連携医療機関として地方厚生局に届出することに同意します。

□ 　青森県がん地域連携パスに参加する施設の一覧を青森県、青森県医師会、青森県がん診療連携協議会が公開するインターネットや印刷物等で公開することに同意します。

令和　　年 　　月 　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貴施設名 |  | 貴施設代表者氏名 |  |
| 病床数（病院の場合） |  | 事務担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 郵便番号 |  |  |
| 貴施設住所 |  |
| 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下さい。）**