

【送信先】 岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室

FAX: 019-654-5052

がん地域連携パス 連携医療機関登録票

年 月 日

岩手県立中央病院長 様

当院は貴院が策定するがん患者に関する診療計画に基づき、貴院と連携して貴院退院後の患者治療を担うことに同意します。

つきましては、計画策定病院である貴院と連携する旨、「がん治療連携指導料」の施設基準届け出をお願いします。

【登録情報】

連携するがんの種類 (下段に○)	胃	大腸	肝臓	肺	乳	前立腺

医療機関名					病床数	床
所在地	〒					—
TEL	()		(内線)			
FAX	()					
事務担当 部署名						
担当者名	職名			氏名		

【備考】

【担当】

岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室

〒020-0066 岩手県盛岡市上田1-4-1

TEL:019-653-1151(内2195) FAX:019-654-5052