

年 月 日

がん診療地域連携パス 登録申込書

当院はがん診療における地域連携パスに関し、大阪医科薬科大学病院への連携登録を希望します。

医療機関コード	
医療機関名	
医師名	
診療科(専門分野)	
住所	(〒 -)
電話番号	
FAX 番号	
e-mail	
担当者(部署)	()

連携いただけるがん種に☑をお願いします。

<input type="checkbox"/> 胃がん	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 大腸がん	乳がん
<input type="checkbox"/> 肝がん	<input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 子宮がん	

申請書を以下のメールアドレスへお送りください

【送付先】 ompu-cancer@ompu.ac.jp

大阪医科薬科大学病院 がん医療総合センター