

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料 施設基準に係る確認事項

平成 年 月 日

貴院の情報

医療機関名称			
医療機関所在地			
病床数	なし ・ あり (床)		
連絡先	担当者氏名		
	TEL		
	FAX		
	E-mail		

連携を希望する計画策定病院の欄に○印を記入。(複数可)

連携を希望する計画策定病院	大腸がん	胃がん	肝がん	乳がん	肺がん
和歌山県立医科大学附属病院					
日本赤十字社和歌山医療センター					
和歌山労災病院					
公立那賀病院					
橋本市民病院					
国保日高総合病院					/
国立病院機構南和歌山医療センター					
社会保険紀南病院					

※FAX送信願います。

【提出先】

和歌山県立医科大学事務局経理課 5大がん地域連携パス係
〒641-8510 和歌山市紀三井寺811-1
TEL 073-441-0516 FAX 073-441-0706