

連携登録申込書（がん治療連携計画策定料とがん治療連携指導料）

（1）登録種別

<input type="checkbox"/> 乳がん（補助内分泌）連携パス
<input type="checkbox"/> 肝がん（フォロー）連携パス
<input type="checkbox"/> 胃がん（術後経過観察）連携パス
<input type="checkbox"/> 大腸がん（術後経過観察）連携パス
<input type="checkbox"/> 肺がん（術後経過観察）連携パス
<input type="checkbox"/> 婦人科腫瘍連携パス（※）
<input type="checkbox"/> 血液疾患連携パス（※）

※連携内容に専門的な治療を含みますので、ご対応頂けるか確認のご連絡をさせていただきます。

（2）貴施設（連携医療機関）情報

医療機関名	
管理医師名	
標榜診療科	
医療機関コード	
病床数	
所在地	〒
連絡先	ご担当部署
	ご担当者名
	電話番号
	FAX番号

（3）計画策定病院

大阪公立大学医学部附属病院（医療機関コード：23-06360）

〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町 1-5-7

【確認事項】

1. 近畿厚生局への届出に関しましては、本書の申し込みにより当院より実施いたします。
（貴院（連携医療機関）からの届出は必要ありません。）
2. 当院ホームページ等の医療連携提供体制のページに、貴院の情報を公表します。