

【送信先】※送信票は添付不要です。

FAX：023-685-2605

がん地域連携パス 連携医療機関登録票

山形県がん診療連携協議会事務局 御中

当医療機関は山形県内全てのがん診療連携拠点病院及びがん診療連携指定病院（以下、「計画策定病院」という。）と連携し、「山形県がん地域連携クリティカルパス運用要項」に基づき、当該病院からの退院後の治療を担うことに同意します。

つきましては、計画策定病院に対し、当医療機関を「がん治療連携計画策定料」並びに「がん治療連携指導料」の「連携保険医療機関」として届け出るよう、下記登録情報を伝達してください。

令和 年 月 日

<登録情報>

連携するがんの種類 (下段に○)	肺	胃	肝臓	大腸	乳

医療機関名				病床数	床
電話番号	(内)		FAX番号		
住 所	〒				
事務 担当部署					
担当者	職名			氏名	

【山形県がん診療連携協議会 事務局】

(山形県立中央病院 がん・生活習慣病センター事務室

内)

〒990-2292山形市大字青柳1800番地

TEL:023-685-2616 FAX:023-685-2605

【事務手続き・期限等は「がん地域連携パスに係る診療報酬施設基準届出の流れ」を参照のこと】

H24. 6. 1版