メール　fzenkoku@fmu.ac.jp

ＦＡＸ　０２４－５４７－１４３２

（様式１）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　公立大学法人福島県立医科大学

　放射線医学県民健康管理センター

　がん登録室長　様

（所　在　地）

（医療機関名）

（電話番号）

（担当者氏名）

福島県全国がん登録の届出について（依頼）

　標記について、下記のとおり提出したいので、「レターパック」を送付してください。

記

１　届出件数（予定）

　　　　　　　　　　　　件

２　届出対象年月日（予定）

　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日

３　届出形式（該当項目チェック）

　　□電子届出票PDFファイル

　　□全国がん登録専用システムを活用したcsvファイル

　　□院内がん登録専用システムを活用したcsvファイル

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）