**令和　 年度　全国がん登録担当者　申請書**

　　　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　宛

（医療機関名）

（所　在　地）

（代表電話番号）

（管理者名）

全国がん登録の担当として、下記の者を申請します

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  |
| 部　署 |  |
| 電話番号（内線） |  |
| メールアドレス |  |

※電話による問い合わせの際、担当者個人にしか知り得ない情報（送付月日、届出件数等）を聞き取り、

ご本人様であることを確認させていただく場合がございます。

※年度の途中で担当者が代わられた場合は、再度ご提出をお願いいたします。

【提出先】

　 〒960-1295

 福島市光が丘1番地

 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

FAX：024-547-1432 e-mail：fzenkoku＠fmu.ac.jp