

(別紙 1)

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