様式1

**地方独立行政法人栃木県立がんセンター医療連携施設申込書**

　　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

病院長　　安藤　二郎　宛

地方独立行政法人栃木県立がんセンターが行う地域医療連携の趣旨に賛同し、医療連携施設として登録を申込みます。 なお、連携に際しては、地方独立行政法人栃木県立がんセンター医療連携施設規程に基づき活動します。　また、連携医療機関として同意するに当たり、以下のように希望します。

1.　医療連携施設（医科歯科医療連携施設）認定証の発行について 　　　□希望する　　　□希望しない

2.　がんセンター内医療連携施設一覧への医療機関名表示について　　　□希望する　　　□希望しない

3.　がんセンターホームページへの医療機関名掲載について　　　　　　　　□希望する　　　□希望しない

　　（　※　リンク作成希望時のアドレスをご記入ください：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　貴医療機関名

　　　住所（所在地）　〒

　　　電話番号 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　ふ　り　が　な

　　　病院長氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　在宅療養支援 診療所の施設基準の届出 （　有　・　無　）

在宅療養支援 **歯科**診療所の施設基準の届出 （　有　・　無　）

お申込み、ありがとうございます。　お手数ですが、この用紙は、地域連携センターにFAXをお願いします。

地方独立行政法人栃木県立がんセンター　　　　　　　　地域連携センター

〒320-0834　栃木県宇都宮市陽南4-9-13　　　　　　　　送付先FAX番号　　028-611-5499

　＊がんセンター記入欄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録日 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連携施設№　　　　医　・　歯