



医療連携施設 認定証

○ ○ ○ ○ ○ 殿

貴施設を

地方独立行政法人

栃木県立がんセンター

医療連携施設

として認定します



認定日 ○○○○年○月○日

認定 第 C-○○○○号

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

