|  |
| --- |
| **FAX送付先（送付票不要） 043－225－0322****e-mail送信先　cantaisaku@mz.pref.chiba.lg.jp****千葉県健康福祉部健康づくり支援課　がん対策班　行** |

全国がん登録届出等に関する連絡先等について（報告）

|  |  |
| --- | --- |
| 地方厚生(支)局が指定する保険医療機関コード |  |
| 医療機関の名称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 実務担当者 | 所　属 |  |
| 職　名 |  |
| 氏名（ふりがな） | 　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| ４桁の数字① |  |
| ４桁の数字② |  |

＊「実務担当者」の欄は、**実際に届出票を作成される方**について記入してください。

＊届出対象情報に関する電話での問合せは、**問合せ者本人かを確認するため、４桁の数字２つを相互確認**した上で行います。４桁の数字２つを任意に設定し、御記入ください。

＊変更があった場合、本様式にて速やかにお知らせください。