

Mail:k-hiromachi@gunma-cc.jp FAX:0276-38-0614
群馬県立がんセンター地域連携室 廣町あて

がん診療連携医療機関申込書

お申込日 平成 年 月 日

医療機関名	フリガナ						
所在地	〒						
院長名	フリガナ						
電話番号	() —						
FAX番号	() —						
診療時間	月	火	水	木	金	土	日
	~						
~							
E-mailアドレス							
登録医証	登録医一覧への掲載 (がんセンターHP)	一覧掲載(リンク)を希望する場合の貴院ホームページURL					
作成する・不要	可・不可						

上記のとおり、がん診療連携医に申し込みます。

■お問合せ 群馬県立がんセンター
地域連携室 担当 廣町・増田
TEL:0276-38-0771(代)
FAX:0276-38-0614