平成　　　年　　　月　　　日

**福岡県医師会地域医療課　宛（FAX　０９２－４１１－６８５８）**

**※毎月20日までに提出いただくと翌月１日より算定可能となります。**

**がん治療連携指導料について**

※どちらかに✓をご記入下さい。

□新規申請

□登録内容変更（平成　　　年　　　月１日より変更）

※登録内容変更の場合は項目に○をつけ、下記に新・旧の情報を記入下さい。

（保険医療機関コード・医療機関名・管理者名・所在地・電話番号・連携がんの追加・取消）

保険医療機関コード

※旧コード

医療機関名

　　　※旧医療機関名

管理者名　　　　　　　　　　　（事務担当者：　　　　　　　　）

　　　　※旧管理者名

所在地　〒

　　　　 ※旧所在地　〒

電話番号　（　　　　　）　　　－

※旧電話番号（　　　　　　）　　　　－

【福岡県内19のがん診療拠点病院等との連携を希望するがん】

※連携を希望するがんに○をつけて下さい。

胃がん ・ 大腸がん ・ 肺がん ・ 肝臓がん ・ 乳がん ・ 前立腺がん

※変更の場合はその内容

【問合せ先】福岡県医師会地域医療課（柴田・北野・吉武）

TEL：０９２－４３１－４５６４　FAX：０９２－４１１－６８５８

【福岡県内のがん診療拠点病院】

①九州がんセンター（★）②九州大学病院（★）③九州医療センター　④済生会福岡総合病院

⑤福岡大学病院　⑥福岡東医療センター　⑦久留米大学病院　⑧聖マリア病院　⑨公立八女総合病院

⑩大牟田市立病院　⑪飯塚病院　⑫社会保険田川病院　⑬北九州市立医療センター　⑭JCHO九州病院

⑮産業医科大学病院　⑯福岡大学筑紫病院（☆）　⑰朝倉医師会病院（☆）　⑱浜の町病院（○）

⑲戸畑共立病院（○）　　★＝県拠点病院　☆＝地域がん診療病院　○＝県指定拠点病院