平成　　　年　　　月　　　日

**九州がんセンター　がん相談支援センター　宛（FAX　092-541-3390）**

**※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（　　　　　　）　　　　－

【九州がんセンター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】九州がんセンター　がん相談支援センター　早田

TEL：092-542-8532　FAX：092-541-3390