

八尾市立病院 がん診療地域連携クリティカルパス連携申請書

施設名		
病床数		
代表者名		
担当者名		
連絡先	〒	
電話番号		
FAX 番号		
E-mail		
連携疾患 チェックしてください。	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 術後補助内分泌・化学療法パス <input type="checkbox"/> 術後連携パス
	<input type="checkbox"/> 胃がん	<input type="checkbox"/> 術後補助内分泌・化学療法パス <input type="checkbox"/> 術後連携パス
	<input type="checkbox"/> 大腸がん	<input type="checkbox"/> 術後補助内分泌・化学療法パス <input type="checkbox"/> 術後連携パス
	<input type="checkbox"/> 肝臓がん	<input type="checkbox"/> 術後連携パス
	<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> 術後補助内分泌・化学療法パス
備考		

平成 年 月 日

医院名 _____

代表者 _____