

四国がんセンター地域連携ネットワーク中止届

四国がんセンター地域連携システム四国がんセンター地域連携ネットワークの参加を中止いたします。

申 込 日	年 月 日
フリガナ	
医療機関名	
開設者氏名	
利用者氏名	

申請医療機関情報	
郵便番号	—
所在地	
電話番号	— —
FAX番号	— —
メールアドレス	@

(四国がんセンター記載欄)

設定担当者氏名: _____

設定日
/

【お問い合わせ】四国がんセンター 地域医療連携室

TEL:089-999-1201 FAX:089-999-1115