

(別紙1)

## 令和 年度 全国がん登録担当者 申請書

年 月 日

公立大学法人福島県立医科大学  
放射線医学県民健康管理センター  
がん登録室長 宛

(医療機関名) \_\_\_\_\_

(所在地) \_\_\_\_\_

(代表電話番号) \_\_\_\_\_

(管理者名) \_\_\_\_\_

全国がん登録の担当として、下記の者を申請します

(ふりがな) 氏 名	
部 署	
直通電話番号 (内線)	
メールアドレス	
本人確認用 パスワード 1	
本人確認用 パスワード 2	※パスワード1とは違うものにしてください。

※本人確認用パスワードは、**必ず2つ、設定してください。**

- 電話による問い合わせの場合、パスワードの聞き取りを行い、御本人様であることを確認させていただきます。(インターネット上における“秘密の質問”に相似します。)
- 口頭での確認ですので、**ひらがな表記でも構いません。**
- 聞き取りの都合上、パスワードは『**3~8文字程度**』としてください。
- 医療機関の電話番号や郵便番号、所属先名など、他者に推測されやすいものは使用しないでください。
- 担当者様ご自身で設定し、他者に漏れることがないように管理願います。(前年度に引き続き御担当される場合、パスワードは毎年変更していただいた方が望ましいです。)

※年度の途中で担当者が代わられた場合は、再度御提出をお願いいたします。

---

◆パスワードの記載がございますので、**郵送**にて御提出願います。  
FAX や電子メールは、誤送信の危険性がありますのでお控えください。