

(様式3)

第 号  
平成 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  
疫学統計部門 地域がん登録室長 様

(所在地)

(病院名)

(代表者)

印

福島県地域がん登録事業に係る「福島県悪性新生物患者届出票」  
の提出について(送付)  
標記について、下記のとおり提出します。

記

1 提出枚数

\_\_\_\_\_枚

2 提出対象年月日

\_\_\_\_\_年(平成 年) 月 日から \_\_\_\_\_年(平成 年) 月 日

3 問い合わせへの対応について

(所属)

(役職)

(氏名)

(電話番号)

(FAX)

(E-mail)

※ 「福島県悪性新生物患者届出票」の問い合わせへの対応について、届出票を提出した  
診療に従事する医師のほか、上記3の者を指定します。