

メール fzenkoku@fmu.ac.jp

FAX 024-547-1432

(様式1)

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  
がん登録室長 様

(所在地) \_\_\_\_\_  
(医療機関名) \_\_\_\_\_  
(電話番号) \_\_\_\_\_  
(担当者氏名) \_\_\_\_\_

福島県全国がん登録の届出について (依頼)  
標記について、下記のとおり提出したいので、「レターパック」を送付してください。  
記

1 届出件数 (予定)

\_\_\_\_\_件

2 届出対象年月日 (予定)

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

3 届出形式 (該当項目チェック)

- 電子届出票 PDF ファイル  
 全国がん登録専用システムを活用した csv ファイル  
 院内がん登録専用システムを活用した csv ファイル  
 その他 ( )