**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。