ＦＡＸ　０７６－２３９－３８１０

石川県医師会　行

令和　　年　　月　　日

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、届出用媒体」を送付してください。

記

１　届出件数（予定）

　　　　　　　　　　件

２　届出用媒体の種類

□CD-R　　　□USBメモリ

３　送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 施設名 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |

※ 本紙は届出データが完成してからお送りください