

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