出張支援申請書

年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター

総　長　　　　　　　　　殿

所在地

医療機関名

管理者　　　　　　　　　　　　　印

下記の理由により，出張支援を受けたいので，宮城県立がんセンター全国がん登録届等支援事業実施要綱第６に基づき申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者  ※１ | 部署 | | 職種　氏名 |
| 理由 |  | | |
| 希望期間  ※２ | 第１希望 | 年　　月　　日（　）～　　　年　　月　　日（　） | |
| 第２希望 | 年　　月　　日（　）～　　　年　　月　　日（　） | |
| 第３希望 | 年　　月　　日（　）～　　　年　　月　　日（　） | |
| 備考 |  | | |

（注）

※１　ご登録いただいている連絡先に連絡します。変更があった場合は，変更届を提出ください。

※２　訪問日は，別途調整いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下登録室処理欄 | | | | |
| 室長 | 回覧 | 担当 | 受理日 |
|  |  |  |  |