（様式　１）

**緊急緩和ケア病床　登録医療機関（施設登録）申込書**

宮城県立がんセンター

総長　山田　秀和　殿

申込み日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 施設名 |  |
| フリガナ |  |
| 医師名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| Emailアドレス |  |
| 緩和ケア研修会修了証書番号 |  |
| 備　考 | **緩和ケア研修会を未修了の場合**には、当院主催の緩和ケア地域連携カンファレンスに参加して頂くことを要件にしております。 |

※本登録用紙にてご記入いただいた情報は、当院ホームページなどで広報いたします。

ご了承の上、ご記入は正確にお願いします。

■送付先

宮城県立がんセンター　緩和ケアセンター

Email: mcc-kanwacarecenter@miyagi-pho.jp または　 FAX: 022-384-4711

■お問い合わせ先

宮城県立がんセンター　緩和ケアセンタージェネラルマネージャー　　桂　幸子

Tel:022-384-3151（PHS7739）　　Email: sachiko-katsura@miyagi-pho.jp

平成28年作成

令和5年5月1日一部改訂