　　令和　　年　　月　　日

全がん様式1-1

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　　　山 田　 秀 和 　様

医療機関名

管理者氏名　　　　　　　　　　　印

全国がん登録届出対象情報の提出について

　「がん登録等の推進に関する法律」第6条第1項の規定に基づき，下記のとおり全国がん登録届出対象情報を提出します。

記

１　届出件数

　　　　　　　　年診断症例 　　　　　件

２　届出形式・媒体

□　オンライン（がん登録オンラインシステム/がん登録共通届出システム)

□　ＵＳＢメモリ　※宮城県がん登録室貸出ＵＳＢに限る

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　）

□　提出媒体等なし

３　届出担当者

　　部 署 名

担当者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 備考 | 処理 | | 番号 | 受付 |
|  | 事 | 管 |  |  |
|  |  |

-----登録室処理欄，以下は記入しないでください。-----