

がん登録届出通知票

(別添)

第 号
令和 年 月 日

鳥取県健康対策協議会
鳥取県医師会腫瘍調査部 あて

(所在地)
(医療機関名)
(代表者)

全国がん登録 地域がん登録 の届出について

標記について、下記のとおり提出します。

記

	全国がん登録	地域がん登録
1. 届出件数	令和 年 月分 () 件	平成 年 月分 () 件
2. 届出対象期間	令和 年 月 令和 年 月	平成 年 月 平成 年 月
3. 届出媒体 (形式)	<input type="checkbox"/> USB (PDF ファイル形式) <input type="checkbox"/> USB (Hos-CanR Lite (CSV 形式))	<input type="checkbox"/> 紙 (届出票) <input type="checkbox"/> USB (<input type="checkbox"/> CSV・ <input type="checkbox"/> MDB 形式) <input type="checkbox"/> CD (<input type="checkbox"/> CSV・ <input type="checkbox"/> MDB 形式)

※MDB 形式：登録室提供の鳥取県腫瘍登録システムによる出力形式 (by ACCESS)

4. 問合せへの対応について

- (所属)
- (役職)
- (氏名)
- (電話番号)
- (FAX)
- (E-mail)