

送信先：神奈川県立がんセンター 患者支援センター（重粒子線治療受付）

FAX：045-520-2215

*この書類には個人情報が含まれていますので、送信先の FAX 番号をお間違えにならないよう十分にご注意ください。

重粒子線治療 相談申し込み書

紹介元医療機関名 _____

紹介元医師名 _____

(ふりがな)

患者氏名 _____ 様 性別 男性・女性 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

病名 _____

※現在当院で行っている治療部位は、以下のホームページをご確認ください。

<http://kcch.kanagawa-pho.jp/i-rock/medical/disease.html>

貴院あてに FAX でお返事をさせていただきますので、送信先についてご記入ください

FAX 番号 _____

送信先部署 _____

ご担当者 _____

電話番号 _____

*送信の際は、診療情報提供書をあわせて FAX してくださるようお願いいたします。

*検討した上で、翌日以降に FAX でお返事いたします。

問い合わせ先 電話 045-520-2225(直通)
(電話受付時間 平日 9:00~16:00)