第　号

　年　月　日

茨城県保健医療部長 殿

医療機関名

院長　　　　　印

茨城県地域がん登録における予後情報の還元について

　このことについて、当院が過去に地域がん登録の届出を行った患者の予後に関する情報を提供いただきたく、下記のとおり申請いたします。

記

１．対　象　者　　当院が届出を行った患者のうち、診断日が○年○月○日から○年○月○日までの者

２．情報の内容　　予後情報（死亡日）

３．情報の形式　　電子媒体

４．利用目的　　　院内がん登録における予後調査のため