

情報公開に関する同意書

国立がん研究センターがん対策研究所

がん登録センター長 殿

がん登録 病院等実務者 中級（院内がん登録）認定者の情報公開について、趣旨を理解し以下の内容で同意いたします。（該当するもの1つに○をつけてください。）

1) 所属都道府県、所属施設名、氏名の公開

2) 所属都道府県、氏名の公開

3) 上記いずれも同意しない

（この場合、都道府県ごとに"その他○名"として公表いたします。）

年 月 日

所属施設名： _____

氏名： _____