第15回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　事前アンケート

このアンケートは、各施設1回のみご回答をお願いします

まず、回答者の情報をご回答ください
問1　都道府県をお選びください

問2　所属施設名（公表しません　確認のために使用します）

問3　氏名（公表しません　確認のために使用します）

姓　　名

問4　回答者メールアドレス（公表しません　確認のために使用します）

問5　貴都道府県がん診療連携協議会の活動に関して、所管する都道府県において困っていることや問題となっている主な事項を3つお選びください

- □がん登録
- □化学療法・支持療法
- □緩和ケア
- □情報提供・相談支援
- □がんゲノム医療
- □小児・AYA
- □妊孕性
- □希少がん
- □コロナ禍のがん医療
- □都道府県単位のPDCA
- □地域連携パスの普及・運用
- □研修の企画・運営
- □協議会の運営
- □協議会の部会運営
- □協議会の事務局機能の維持・運営
- □行政との連携
- □その他

問6　都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の役割として求めることやあり方について、ご意見がございましたらご回答ください