

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
がん登録センター院内がん登録室長 殿

院内がん登録実務中級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 : _____