○提出先

愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課健康政策グループ

電子で回答する場合は、右の２次元コード又は
以下のＵＲＬにアクセスいただきご回答ください。

https://logoform.jp/form/XG6n/1173040

※電子で回答が出来ない場合は本用紙を御利用下さい。

※お届けした封筒宛名の医療機関名を変更されている場合は、下記医療機関名に変更後の名称と
旧名称を併記いただきますようお願いします。〔例：○○病院（旧名称　◇◇医院）〕

※既に廃院されている場合は、お手数をおかけしますが、（TEL：089-912-2401　担当 田坂）
までご連絡をお願いします。

○提出期限

令和７年９月26日(金)

＜令和７年度愛媛県全国がん登録担当者照会票＞

医療機関名					
病院等の区分		病院		診療所	※該当する方に○を付けてください。
所在地					

がん登録担当者

	部署	職名	氏名
がん登録担当者名			
電話番号			
ＦＡＸ番号			
メールアドレス			

アンケート（よろしければご意見をお聞かせください。）

問1. 全国がん登録実務者研修会動画について
1. すべて視聴した　2. 一部視聴した　3. 今後視聴予定　4. 視聴予定はない　5. 視聴したいができない
問2. 動画形式での研修を受けてみてどうでしたか。
1. 受講しやすかった　2. どちらでもない　3. ふつう　4. 受講しづらかった　5. 見ていない、視聴できない
問3. 今後の研修会はどのような開催形式が良いですか。（複数回答可）
1. 集合研修　2. 動画　3. 資料配布　4. その他（　　）
問4. がん登録業務に関することで詳しく知りたいことはありますか。
1. がん登録項目の内容　2. 遡り調査　3. 情報漏洩の防止　4. その他（　　）
問5. がん登録業務や今回の研修動画に関するご意見・ご感想、今後の研修に関するご要望等がありましたらお聞かせください。（自由記載） 例：ネット環境がないので視聴できなかった、時間のある時に少しずつ聞けて良かった、など