



# 医療連携施設 認定証

○ ○ ○ ○ ○ 殿

貴施設を

地方独立行政法人

栃木県立がんセンター

医療連携施設

として認定します



認定日 平成○○年○月○日

認定 第○-00000号

地方独立行政法人 栃木県立がんセンター

病院長 菱 沼 正

