

別紙3

※自施設での診療が可能な場合は○
※他院への紹介体制、他院からの紹介体制がある場合は◎(文書によるもの)又は◎(文書若しくは口頭によるもの)
※網掛け医療機関は、小児がん診療を行っていないと回答した施設

[illegible]