

(様式2)

遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設認定申請書

(連携施設)

日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構 施設認定部会長 殿
下記について申請致します。

西暦 20〇〇 年 〇〇 月 〇〇日

施設名 〇〇大学医学部附属病院

診療責任者

(フリガナ) 〇〇ダイガクイガクブゾクビョウイン イデンシンリョウブ トウキョウ タロウ

役職・氏名 〇〇大学医学部附属病院 遺伝診療部 部長/教授 東京 太郎 (印)

施設・機関名	〇〇大学医学部附属病院
所在地	〒000-0000 東京都xxxxxxxxx TEL:〇〇〇 FAX:△△△
(フリガナ) 施設・機関の長 役職・氏名	〇〇ダイガクイガクブゾクビョウイン ヨコハマ イチロウ 〇〇大学医学部附属病院 院長 横浜 一郎 (印)
添付書類リスト ※欠落のないようご確認の上ご提出ください	<ul style="list-style-type: none"> ① 連携施設要件(別添1) ② RRM 院内実施承認書(倫理委員会等)の写し(実施の場合) ③ RRSO 院内実施承認書(倫理委員会等)の写し(実施の場合) ④ 専門医(臨床遺伝、乳腺、婦人科腫瘍該当分野の実施医師)の認定書の写し ⑤ 認定遺伝カウンセラーの認定書の写し(勤務の場合) ⑥ 実施医師・協力医師・認定遺伝カウンセラーの履歴書(別添3、4、6) ⑦ 教育セミナー受講証書の写し ⑧ 実施医師・協力者リスト(別添2に記入のこと) ⑨ 遺伝学的検査外注検査契約書(表紙と押印部分)、または自施設で検査を行っている場合施設長の実施証明書 ⑩ 遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設連携確認書

施設・機関長の公印を押印してください

(印)