

(様式2)

遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設認定申請書

(協力施設)

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

㊟

各施設における HBOC 診療
における実施責任者 (遺伝・
乳腺・婦人科いずれの所属で
も可) を記載してください。

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
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 協力施設要件(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(乳腺、婦人科腫瘍該当分野の実施医師)の認定書の写し ⑤ 実施医師・協力医師の履歴書(別添 3、6) ⑥ 教育セミナー受講証書の写し ⑦ 実施医師・協力者リスト(別添 2 に記入のこと) ⑧ 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

㊟