　　　遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設認定申請書

（様式2）

（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　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　施　設　名

　　　　　診療実施責任者

　　　　　　　　（フリガナ）

　　　　　役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・機関名 |  |
| 所在地 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| （　フ　リ　ガ　ナ　）  施設・機関の長　役職・氏名 | ㊞ |
| 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 | 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. ④該当者の履歴書（別添3） 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 |