遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設認定申請書

（様式2）

（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　　　　　　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. 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. ④⑤該当者の履歴書（別添3-4）
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
 |