

(様式 2) 遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設認定申請書 (新規・更新)
(連携施設)

新規または更新を選択下さい。

一般社団法人日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構 施設認定部長 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
診療責任者

各施設における HBOC 診療における実施医師 (遺伝・乳腺・婦人科いずれの所属でも可) の代表を記載して下さい。

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

e-mail :
連絡窓口担当者

診療責任者・連絡窓口担当者の e-mail は必須項目

部署・氏名 (フリガナ)
e-mail :

診療責任者とは別の担当者にして下さい。

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 : △△△	施設・機関長の公印を押印して下さい。
(フリガナ) 施設責任者(部長) 氏名	〇〇ダイガクイガクブフゾクビョウイン 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	公印
添付書類リスト	<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 RRM、RRSO の保険診療の施設基準に係る届出 (様式 87 の 23) に対する厚生局の受領書の写し ⑤ 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 ⑥ 認定遺伝カウンセラー®の認定書の写し (協力者に登録する場合) ⑦ 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) ⑧ 教育セミナー受講証書の写し ⑨ 実施医師・協力者リスト (別添 2 に記入) ⑩ 遺伝学的検査外注検査契約書 (表紙と押印部分), あるいは自施設で検査を行っている場合は施設長の実施証明書の写し (別添 5) ⑪ BRCA1/2 遺伝子検査の施設基準に係る届出 (様式 23 の 3) に対する厚生局の受領書の写し ⑫ 遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設連携協定書 	⑨実施医師・協力者・認定遺伝カウンセラー®全員分
※ 欠落のないようご確認の上ご提出ください		
※ 押印が必要な書類は押印後スキャンしたデータで提出してください		
※ ②or③, ④は必須です		
※ ①,⑤,⑦~⑫の書類はいずれも必須です		

②③承認書には施設・機関長の公印があるものを提出

施設・機関長の公印を押印して下さい。

⑨実施医師・協力者・認定遺伝カウンセラー®全員分