

(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)  
(協力施設)

一般社団法人日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構 施設認定部会長 殿  
下記について申請致します。

西暦 年 月 日  
診療責任者  
役職・氏名 (フリガナ) ⑩  
e-mail :  
連絡窓口担当者  
部署・氏名 (フリガナ)  
e-mail :

施設・機関名	
所在地	〒 TEL : FAX :
(フリガナ) 施設・機関の長 役職・氏名	公印
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"> <li>① 連携施設要件 (別添 1)</li> <li>② RRM 院内実施承認書 (倫理委員会等) の写し (実施の場合)</li> <li>③ RRSO 院内実施承認書 (倫理委員会等) の写し (実施の場合)</li> <li>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 (実施の場合)</li> <li>⑤ 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</li> <li>⑥ 実施医師・協力医師の履歴書 (別添 3, 6)</li> <li>⑦ 教育セミナー受講証書の写し</li> <li>⑧ 実施医師・協力者リスト (別添 2 に記入のこと)</li> <li>⑨ 遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設連携協定書</li> <li>⑩ 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 (実施の場合)</li> </ul>