

(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)

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 2000年00月00日

診療責任者

役職・氏名 (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

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

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。

e-mail :

連絡窓口担当者

部署・氏名 (フリガナ)

e-mail :

診療責任者・連絡窓口担当者の e-mail は必須項目

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 : △△△ |
| (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 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"> 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 (実施の場合) 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 ⑥ 実施医師・協力医師の履歴書 (別添 3, 6) 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 遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設連携協定書 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) |

施設・機関長の公印を押印して下さい。

②③承認書には施設・機関長の公印があるものを提出

⑨実施医師・協力者全員分