（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）　　㊞

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	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　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）