**様式2－別添１**

協力施設が備えるべき要件

1. 遺伝性腫瘍の実施状況と乳腺専門医・婦人科腫瘍専門医・の勤務等
2. 申請時までの過去１年間（20\_\_年＿月～20\_\_年＿月）の遺伝性腫瘍（HBOCを含む）に関する診療　実績(自費・保険含む)・・・【更新申請では記載不要】

|  |  |
| --- | --- |
| （過去1年間） | 数 |
| 乳房サーベイランス |  |
| MMG（自施設/他施設）実施患者数 | 自施設　　/他施設 |
| US（自施設/他施設）実施患者数 | 自施設　　/他施設 |
| 乳房造影MRI（自施設/他施設）実施患者数 | 自施設　　/他施設 |
| 卵巣サーベイランス実施患者数 |  |
| その他の家族性腫瘍診療実績患者数 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. 総合診療体制（HBOC診療連携協定書を締結している施設）
   1. 連携している基幹施設名

※提出する連携協定書と一致していることが必須です。

（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

* 1. 連携している連携施設名

※提出する連携協定書と一致していることが必須です。

（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）