

様式 2-別添 1

協力施設が備えるべき要件

I. 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

- ① 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	
②	
③	

II. 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。

()

- ② 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。

()