遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設認定申請書

**（様式2）**

（新規・更新・区分変更）（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 氏名（フリガナ）

　　　　　　　　部署 役職　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　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 * 申請書類は書式変更不可 * **専門医証書は新たに認定する有効期間内に於いて有効であること（新年度の4月1日時点で有効な証書）。(専門医更新申請中の場合は、申請が受け付けられたことが分かる書類が必要です。)** | 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(実施の場合は**有効期限内の書類**） 3. RRSO院内実施承認書(倫理委員会等)の写し(実施の場合は**有効期限内の書類)** 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**(初回受講書と更新受講書(更新してる場合))** 8. 実施医師・協力者リスト （別添2に記入のこと）   ※実施医師・協力者はセミナー受講が必須   1. 遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設連携協定書 2. 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） |