**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）臨床遺伝に関する診療実績

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |  |
| US（自施設/他施設）実施患者数 |  |
| 乳房造影MRI（自施設/他施設）実施患者数 |  |
| 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
   1. 連携している基幹施設名　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
   2. 連携している連携施設名　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）