

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）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	
②	
③	

II. 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

()