

(様式 2)

遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設認定申請書
(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
施設名
診療責任者
(フリガナ)
役職・氏名 ㊟

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	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) ③ RRSO 院内実施承認書 (倫理委員会等) の写し (実施の場合) 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 ⑧ 実施医師・協力者リスト (別添 2 に記入のこと) ⑨ 遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設連携協定書 ⑩ 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)