　　　遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設認定申請書

**（様式2）**

（連携施設）

　　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 * 押印が必要な書類は押印後スキャンしたデータで提出してください * ②or③, ④は必須です | 1. 連携施設要件（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 5. 専門医(臨床遺伝，乳腺，婦人科腫瘍該当分野の実施医師)の認定書の写し 6. 認定遺伝カウンセラーの認定書の写し（勤務の場合） 7. 実施医師・協力医師・認定遺伝カウンセラーの履歴書（別添3，4，6） 8. 教育セミナー受講証書の写し 9. 実施医師・協力者リスト（別添2に記入のこと） 10. 遺伝学的検査外注検査契約書（表紙と押印部分），または自施設で検査を行っている場合施設長の実施証明書の写し（別添５） 11. 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 12. 遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設連携協定書 |