

(様式 2)

遺伝性乳癌卵巣癌総合診療施設認定申請書 (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