

全国遺伝子医療部門連絡会議 維持機関会員 登録申込書

年 月 日

施設名	
部門名 (遺伝子医療部門の名称)	
〒番号	
連絡先	住所： 電話： (内線) FAX：
遺伝子医療部門の代表者氏名	(ふりがな)
遺伝子医療部門の代表者/役職	
遺伝子医療部門の代表者/メール	
その他 担当者 氏名	(医局や事務局の担当者のお名前を記載)
その他 担当者 メール	
代表者連絡先	所在地： E-mail：
維持機関会員の要件の根拠 (※1) 要件を参照しご記入ください。	<u>該当する要件の番号</u> ・・・1)～6) を選択 <u>どのように該当するか</u>

返信者記入欄

貴病院名	
御記入いただいた方の氏名	
同 所属・役職	
同 連絡先電話番号	

上記申込書と共に、添付書類 (※2) を付けてお申込ください。

(※1) 申し合わせによる維持機関会員の要件

- 1) 大学病院等の医育機関
- 2) 国立高度専門医療研究センター
(国際医療C, がんC, 循環器病C, 精神・神経医療C, 成育医療C, 長寿医療C)
- 3) 臨床遺伝専門医制度・研修施設
- 4) 臨床遺伝専門医制度・研修施設となることを計画中の病院
- 5) 認定遺伝カウンセラー養成課程を設置している大学
- 6) 遺伝子医療に組織的に取り組んでいる病院 (診療所を除く)

添付書類 (※2)

「遺伝子医療に組織的に取り組んでいる病院」の根拠を示す資料のご提出をお願いします。

- 遺伝子医療の担当者リスト (各担当者の専門医、その他資格)
- 遺伝子医療部門の組織図 (位置づけや部門の掲載のあるもの)
- ホームページ等で紹介されているページ (以下参照)

★診療体制

週間予定表と担当者

★診療内容

遺伝学的検査、遺伝カウンセリングの年間実績

★カンファレンスの実績など

カンファレンスが行われた日付、内容、参加者の人数と概要

【書類提出先】全国遺伝子医療部門連絡会議 運営事務局
株式会社 成進社印刷／担当：北原
〒390-0815 長野県松本市深志 2-8-13 TEL：0263-32-2301
E-mail：zeniden@seisin.cc
メールにて書類をご提出頂きますようお願い申し上げます。
審査結果はおってご案内いたしますのでご了承ください。