

全国遺伝子医療部門連絡会議 維持機関会員 登録申込書

20 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。	

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) 国立高度医療機関
(国際医療C, がんC, 循環器病C, 精神・神経C, 成育医療C, 長寿科学医療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施設
- 6) 遺伝子医療に組織的に取り組んでいる病院

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
- 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
- ★ 診療体制
- ★ 診療内容
- ★ カンファレンスの実績など

【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。