**＜登録申込書04:No- ＞**

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： |
| 遺伝子医療部門の部門責任者（常勤）　氏名 | （ふりがな） |
| 上記の役職 |  |
| 上記のE-mail |  |
| 遺伝子医療部門の指導責任者が非常勤の場合　氏名 | （ふりがな） |
| 上記の役職 |  |
| 上記のE-mail |  |
| その他　事務担当者　氏名 | （医局や事務局の担当者のお名前を記載） |
| 上記の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。 | 該当する要件の番号・・・１）～６）を選択どのように該当するか |

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（以下の内容が含まれている場合そのコピー、含まれていない場合別添資料を提出してください。）

★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

★その他

・専用の外来が設置されていることを示すもの

（診察室、カウンセリング室の有無と科名の看板の写真）

・遺伝カウンセリング加算が取れていることを示す資料

【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。

＜2024\_0222＞