**【新規申請】【更新申請】※左記いずれかに〇をつけてください**

**日本がん・生殖医療学会　認定がん・生殖医療施設申請書**

（西暦） 年 　 月 　 日

日本がん・生殖医療学会　御中

当施設は、日本がん・生殖医療学会　認定がん・生殖医療施設の認定規定により、施設としての認定を申請します。

施 設 名

所在地

〒 -

TEL　 　 　　　　　／　FAX

当施設が、日本がん・生殖医療学会　認定がん・生殖医療施設としての申請を行うことを認めます。

施設長名　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

本申請に関する担当窓口

部署：

担当者氏名：

メールアドレス：

**認定施設の内容証明書**

（西暦） 年 　 月 　 日

下記記載項目に相違ありません。

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| （１）常勤する認定がん・生殖医療ナビゲーターまたはがん・生殖医療専門心理士名  　　　 計　　　　名  氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　 （認定番号　　　　　　　　）  氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　 （認定番号　　　　　　　　）  氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　 （認定番号　　　　　　　　）  氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　 （認定番号　　　　　　　　）  氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　 （認定番号　　　　　　　　）  氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　 （認定番号　　　　　　　　）  氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　 （認定番号　　　　　　　　） |
| （２）日本がん・生殖医療登録システム(JOFR)登録    登録期間（西暦）　　　　　年　 月 ～　　　　　　年　　　月  登録症例数 　 　　　　例 |

※JOFR登録については、直近の年（１月～12月）もしくは、年度（4月～翌3月）

のいずれかにて定められた例数のJOFR登録があれば、要件を満たしているとみなす。