

【新規申請】【更新申請】 ※左記いずれかに○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。