

**骨髓微小残存病変量測定施設
認定申請書（新規）
（保険医療機関用）**

西暦 年 月 日

一般社団法人日本小児血液・がん学会 理事長殿

本施設は、骨髓微小残存病変量測定施設の認定を受けたく、資料を添えて申請致します。

フリガナ			
申請施設名			
フリガナ	姓	名	公 印
申請施設長 氏 名			
フリガナ	姓	名	印
測定責任者 氏 名			
所在地	〒 -		
電話		FAX	
測定責任者 E-mail			
フリガナ	姓	名	
事務担当者 氏 名			
事務担当者 E-mail			

以下は事務局記入欄です。

受付番号	施 第 一 号
受付年月日	

施設認定番号	第 号	認定年月日	年 月 日
認定期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		

骨髓微小残存病変量測定施設 施設概要登録書(保険医療機関用)

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名・責任者名

フリガナ		
申請施設名		
フリガナ	姓	名
測定責任者氏名		

貴施設についてご記入ください。

内科又は小児科を標榜する保険医療機関ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
内科又は小児科の5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記を「はい」と答えた方は、その常勤医師についてご記入ください。	
所属 _____ 役職 _____ 氏名 _____	
当該診療科経験年数 _____ 年 当該技術経験年数 _____ 年	
小児科専門医研修施設もしくは日本内科学会認定教育施設ですか？*	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
血液内科の経験を5年以上有している常勤医師が3名以上配置されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記を「はい」と答えた方は、その常勤医師3名についてご記入ください。	
所属 _____ 役職 _____ 氏名 _____	当該診療科 経験年数 _____ 年
所属 _____ 役職 _____ 氏名 _____	当該診療科 経験年数 _____ 年
所属 _____ 役職 _____ 氏名 _____	当該診療科 経験年数 _____ 年
EuroMRD の参加資格を有する施設ですか？**	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
EuroMRD 認定施設との間で精度管理に関する検証作業は済んでいますか？**	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 小児科専門医研修施設もしくは内科研修医専門施設の認定証の写しをご提出ください。
 ※※ EuroMRD 参加資格認証の写し、もしくは EuroMRD 認定施設との検証作業記録をご提出ください。