日本免疫不全・自己炎症学会連携施設申請書

一般社団法人 日本免疫不全・自己炎症学会理事長 殿

本病院は，日本免疫不全・自己炎症学会の連携施設に申請します。

西暦）　　　年　　月　　日

申請施設名

所在地

申請施設長氏名（公印）

日本免疫不全・自己炎症学会会員名（会員番号）・印

　　　　　　　　　　　　（　　　　　　号）印

メールアドレス 　　　　　　　＠

遺伝カウンセリング体制

遺伝カウンセリング施設・診療科・年間遺伝カウンセリング数

　　　　　　　　　　　・　　　　　　　科・　　　　　　例/年

臨床遺伝専門医名、登録番号、認定期間

　　　　　　　　　　　・　　　　　　　号・　　　　　〜

診療実績　　過去3年間の原発性免疫不全症症例数：　　　　例

　　過去3年間の自己炎症性疾患症例数：　　　　　例

窓口診療科

窓口連絡先　 担当者名

メールアドレス　　　　　　　　　　　＠

　　　　　　電話番号

　　　　　　FAX番号

対応疾患領域と診療の可否（該当するものに〇をしてください）

　免疫不全症　　　　　　　・遺伝学的検査のみ可能

　　・検査後の患者診療も可能

　　自己炎症性疾患　　　　　・遺伝学的検査のみ可能

　　・検査後の患者診療も可能

　　　　　　免疫不全症/自己炎症性疾患の予防接種副反応の治療

　　　　　　　　　　　　　　　　　　・対応可能　　　・対応不可

診療可能な診療科（複数可・以下にご記入ください）

かずさ遺伝子検査室との契約状況　　　　契約済　　・　　契約未

その他学会への連絡事項