

施設の名称
施設の住所
施設長名
実施責任者

殿
殿

このたび、貴施設から申請のあった「母体血を用いた出生前遺伝学的検査に関する臨床研究施設」の認可に関しまして、下記の条件で臨床研究施設として認可致しましたので通知します。なお、申請内容に変更がある場合には、速やかに、「母体血を用いた出生前遺伝学的検査」施設認定・登録部会までご報告下さい。

平成 年 月 日

日本医学会「遺伝子・健康・社会」検討委員会

「母体血を用いた出生前遺伝学的検査」施設認定・登録部会 部会長 久具 宏司 印

(1)産科婦人科専門医氏名

専門医番号：

(2)小児科専門医氏名

専門医番号：

(3)臨床遺伝専門医資格者氏名

登録番号：

(4)その他、実施者の所属科目、専門資格など
例「周産期新生児専門医」氏名（登録番号：

）

「認定遺伝カウンセラー」氏名（登録番号：

）