**特別認定施設申請書**

日本乳房オンコプラスティックサージャリ―学会

教育・研修委員会　御中

「乳房再建を目的としたゲル充填人工乳房及び組織拡張器に関する使用要件基準」に基づき、以下申請を致します。

※括弧内に○をしてください

（　　）エキスパンダー（二次再建）特別認定施設申請

（　　）インプラント（一次二期再建）特別認定施設申請

申請日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設認定番号 | H | |
| 施設名称 |  | |
| 施設代表責任医師 |  | 印 |

【申請条件】

1）過去にエキスパンダーまたはインプラントの使用症例を 5 件以上報告していること。

2）2023年年次報告時の責任医師が2024年4月以降も形成外科・乳腺外科共に継続して在籍していること。

3）過去 3 年間（2021～2023年の年次報告）ガイドライン違反による通知を日本乳房オンコプラスティックサージャリー学会より受けていないこと。

4）インプラント挿入時に確実に形成外科医が同席できること。

※認定内容が変わったら、必ず各地域の厚生局に届け出をおこなってください。