



2024 年度 認定研修施設 新規申請の手引き

※手引き中の画面はサンプルであり、実際の画面と異なる場合があります。予めご了承ください。

※本手引きは予告なく改訂される場合があります。常に最新のものをご確認ください。

1. 目次

| | | ページ |
|---|----------------------------|-----|
| 1 | 目次 | 1 |
| 2 | 新規申請受付期間 | 2 |
| 3 | 新規申請依頼メール受付 | 3 |
| | ① 新規申請依頼メールの送信 | 3 |
| | ②—1 アカウント作成 (初めて申請する場合) | 3 |
| | ② —2 過去に認定研修施設だった場合 | 3 |
| 4 | Web 登録・印刷 | 4 |
| | ① JBCT 施設ページにログインをする | 4 |
| | ② 「認定施設申請」を選択する | 4 |
| | ③ 認定施設申請 トップページ | 4 |
| | ④ 申請1 基本情報 | 6 |
| | ⑤ 申請2 診療教育体制 | 8 |
| | ⑥ 編集登録完了にする | 11 |
| | ⑦ 印刷 | 12 |
| | ⑧ 提出書類の確認 | 13 |
| 5 | 郵送 | 14 |

※本年度の新規申請日程、新規申請資格、新規申請書類については、
本機構ホームページにてご確認ください。

トップページの認定研修施設をクリック



新規申請の受付 : https://www.jbct.jp/facilities/n_apply.html

新規申請資格 : https://www.jbct.jp/facilities/n_qualification.html

新規申請書類 : https://www.jbct.jp/facilities/n_paperwork.html

2. 新規申請受付期間

(1)新規申請依頼メール受付

2024年9月4日(水) 13時 ~ 10月9日(水) 13時

(2) Web 登録・印刷

2024年9月4日(水) ~ 10月16日(水) 24時

(3)申請書類提出

2024年9月4日(水) ~ 10月16日(水) (消印有効)

3. 新規申請依頼メール受付

① 新規申請依頼メールの送信

2024 年度新規申請を希望する施設は、事務局まで以下の内容をメールにてお送りください。

件名：認定研修施設 新規申請依頼（●●病院）

本文：

- ① 施設名
- ② 施設名フリガナ
- ③ 施設住所（〒xxx-xxxx ●●県●●・・・）
- ④ 代表指導責任者 がん治療認定医番号
- ⑤ 代表指導責任者 氏名
- ⑥ 本機構との窓口メールアドレス
- ⑦ 本機構との窓口電話番号
- ⑧ 過去に認定研修施設であった はい・いいえ・不明（いずれかを回答）
※⑧が「はい」の施設で過去の認定番号がわかる場合は記載ください

送付先：日本がん治療認定医機構事務局 c-info@imic.or.jp

期日：2024年10月9日（水）13時迄

5 営業日以内に事務局よりご返信いたします。5 営業日を過ぎても連絡がない場合には事務局までご連絡ください。

②—1 アカウント作成（初めて申請する場合）

- 1) 事務局より新規アカウント作成用の URL をお送りいたします。
- 2) URL にアクセスし、画面に従って必要事項を入力、利用規約に同意の上、「仮申込完了」ボタンを押下ください。

入力したメールアドレス、パスワードは JBCT 施設ページログインに必要になります。
メール等では通知されませんので、貴施設で大切に管理してください。

- 3) 「施設アカウント仮登録のお知らせメール」が自動送信されますので、本文中の URL をクリックしてください。
- 4) 画面上に「施設申込が完了しました」と表示されましたら、「認定研修施設 新規申請手続きのお知らせメール」が届くまでお待ちください。（**2 営業日経過しても届かない場合には、事務局までメールにてご連絡ください。**）（☞次頁3. へ）

②—2 過去に認定研修施設だった場合

- 1) 事務局よりメールにて JBCT 施設ページログイン方法についてご連絡いたします。
- 2) パスワード再発行の手続きを行ってください（☞）。
- 3) 「認定研修施設 新規申請手続きのお知らせメール」が届きましたら、JBCT 施設ページの認定施設申請から申請を行ってください。

4. Web 登録・印刷

① JBCT 施設ページにログインをする

JBCT 施設ページ

認定研修施設用のログイン画面です。
認定医のMyPageログイン画面はこちらです。

施設メールアドレス

施設パスワード

ログイン

パスワードを忘れてしまった施設はこちら

本機構との窓口担当用として登録しているメールアドレス

貴施設で設定した施設パスワード

② 「認定施設申請」を選択する

Japanese Board of Cancer Therapy
日本がん治療認定医機構

MENU

- 登録情報
- 認定施設申請**
- 変更届
- メールアドレス変更届

認定研修施設 基本情報

認定番号

認定期間

施設名

施設名ふりがな

住所

その他 登録情報

病院長氏名

代表指導責任者（常勤1名）氏名

クリック

③ 認定施設申請 トップページ

申請 1・申請 2 を登録してください。

* 全がん協加盟施設/特定機能病院/がん診療連携拠点・地域がん診療病院等^(※)は登録画面に **申請 1** のみ表示されます。登録は、**申請 1** のみです。

編集 ボタンをクリックすると、入力画面が開きます。

※申請書ごとに、入力内容を保存することができます。一度にすべての登録を済ませる必要はありません。

※**編集登録完了**ボタンをクリックするまでは、何度でも登録内容を編集することができます。

編集登録完了 ボタンをクリックすると、印刷ボタンが有効になります。

※編集は不可となります。

印刷 ボタンをクリックし、**表紙宛名・申請 1・申請 2** を印刷してください。

* 全がん協加盟施設/特定機能病院/がん診療連携拠点・地域がん診療病院等^(※) は **表紙宛名・申請 1** のみです。

※全がん協加盟施設/特定機能病院/がん診療連携拠点・地域がん診療病院等とは、以下(1)(2)(3)を指します。

- (1) 全国がんセンター協議会加盟施設
- (2) 特定機能病院
- (3) 都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、
特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院及び小児がん拠点病院

但し、**厚生労働省が指定する拠点病院のみとします。** 都道府県が独自に指定する拠点病院は上記に該当しません。

認定施設トップページ

<Web登録>
① [編集]ボタンを押して各々の項目を入力してください。
② [編集登録完了]ボタンを押して、「各申請書」「表紙・宛名」を印刷してください。
*編集は何度でも可能ですが、[編集登録完了]ボタンを押すと編集不可となりますので十分ご確認の上、押下ください。

| 表紙・宛名 | | | 印刷 | 未 | |
|-------|---------|----|----|----|---|
| 申請1 | 基本情報 | 編集 | 未 | 印刷 | 未 |
| 申請2 | 診療・教育体制 | 編集 | 未 | | |

* [編集登録完了]ボタンを押すと、編集不可となります。

編集登録完了

①【編集】

申請書ごとに **編集** ボタンをクリックし、入力してください。

※同画面下の**編集登録完了** ボタンをクリックするまでは、**何度でも内容を変更することができます。**

編集ボタンの右側には各申請書の**登録** ボタンをクリックした日付が表示されます。

②【編集登録完了】

申請 1 **申請 2** の登録が完了すると、**編集登録完了** ボタンをクリックできます。

※**編集登録完了** ボタンをクリックすると、**編集不可** となります。登録内容を十分ご確認の上、押下ください。

※全がん協加盟施設/特定機能病院/がん診療連携拠点・地域がん診療病院等(※)は、**申請 1** のみです。

③【印刷】

編集登録完了 ボタンをクリックすると、印刷ができるようになります。

表紙宛名・**申請 1**・**申請 2** をすべて印刷してください。

※申請期間中、何度でも印刷することができます。

※全がん協加盟施設/特定機能病院/がん診療連携拠点・地域がん診療病院等(※)は、**申請 2** はありません。

④ 申請1 基本情報

申請1 登録

* 項目は入力必須です。

申請1 基本情報

| | | |
|---------------------|--|--|
| 受付番号 | 2410040 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">編集不可です。 登録内容に修正がある場合には、 事務局までメールにてご連絡ください。</div> |
| 認定番号 | - | |
| カテゴリー | その他 | |
| 施設名 | 日本がん治療テスト病院 | |
| 施設名ふりがな | にほんがんちりょうてすとびょういん | |
| 歯科限定* | <input type="text" value="下記から選択してください"/> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">【歯科限定】 選択してください</div> |
| 郵便番号 | 1600016 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">編集不可です。 登録内容に修正がある場合には、 事務局までメールにてご連絡ください。</div> |
| 都道府県 | 東京都 | |
| 住所市区町村名 | 新宿区信濃町 | |
| 住所丁目番地建物 | 35 | |
| 病院長氏名* | 姓 <input style="width: 100px;" type="text"/> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">【病院長氏名】 入力してください。</div> |
| 診療科目 | <input style="width: 100%;" type="text" value="内科（循環器、呼吸器、消化器、腎臓・内分泌・代謝、神経、血液、リウマチ・膠原病） / 神経外科 / 整形外科 / 形成外科 / 小児科 / 産科 / 婦人科 / 眼科 / 皮膚科 / 泌尿器科 / 耳鼻咽喉科 / 外科 / 放射線科 / 総合診療科 / 臨床検査科 / 病理診断科"/> | |
| 病床数 | <input style="width: 80%;" type="text"/> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">入力時点の内容・人数を 入力してください。</div> |
| 常勤 医師数* | <input style="width: 80%;" type="text"/> | |
| うち、がん治療認定医数* | <small>※「がん治療認定医」については、こちらから検索してください。</small> <input style="width: 80%;" type="text"/> | |
| 常勤 歯科医師数* | <input style="width: 80%;" type="text"/> | |
| うち、がん治療認定医数（歯科医師数）* | <small>※「がん治療認定医」（歯科医師数）については、こちらから検索してください。</small> <input style="width: 80%;" type="text"/> | |
| 代表指導責任者（常勤1名）氏名* | <div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;"> がん治三郎 </div> | |
| | <small>※代表指導責任者の認定番号を入力して「代表指導責任者氏名取得」ボタンを押してください。 代表指導責任者の認定番号は こちら から検索してください。</small> | |
| | 認定番号 <input style="width: 100px;" type="text" value="0710000"/> | <input type="button" value="代表指導責任者氏名取得"/> |

「新規申請依頼メール」に記載した指導責任者が登録されています。

変更しないでください。

変更が生じた場合には、必ず事務局までメールにてお知らせください。

常勤 看護師数* (准看護師含む) 名

常勤 薬剤師数* 名

本機構との窓口 氏名 姓

本機構との窓口 所属部署名*

本機構との窓口 電話番号* 0353617105

メールアドレス jbcetriji@imic.or.jp
本機構からの送信メールの宛先となります

入力時点の内容・人数を入力してください。

メールアドレスの変更は、「メールアドレス変更届」からお手続きください。

HP掲載情報

以下の欄は、認定研修施設として認められた際に、本機構ホームページの認定研修施設一覧の施設ごとのページに「がん治療認定医申請にかかわる問い合わせ先」がん治療認定医申請者への対応が可能な担当者を登録してください。事務担当者でも可とします。掲載できない情報は登録しないでください。

HP掲載用 担当者氏名 姓 名

HP掲載用 担当者所属

HP掲載用 電話番号

HP掲載用 メールアドレス

本機構ホームページの認定研修施設一覧に掲載可の内容を登録ください。掲載できない情報は登録しないでください。

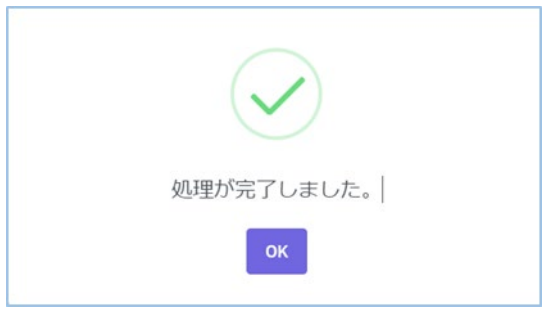
H P 掲載用メールアドレスの変更は、「変更届」から登録ください。（任意）

内容を確認し保存する

*は必須項目です。
未入力箇所がある場合は、チェックボックスが有効になりません。

内容を確認し保存する

「処理が完了しました。」と表示されたら、「申請 1」の登録は完了です。
「編集登録完了」ボタンを押すまでは何度でも編集できます。



⑤ 申請2 診療教育体制

* 全がん協加盟施設/特定機能病院/がん診療連携拠点・地域がん診療病院等 は入力不要(表示されません)。⑧編集登録完了にするの項へ

| 申請2 登録情報 | | | |
|------------|---|--|---|
| 1.がん患者数 | ① 全国がん登録数が年間100例以上ある | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 貴施設で算出可能な直近の1年間とする |
| | ② 全国がん登録数 症例数 | | 年間の件数を入力ください。貴施設で算出可能な直近の1年間(例:4月~翌3月) |
| | ③ 希少疾患の専門施設である 下記から選択してください | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注:希少疾患のがん登録数について審査基準を確認ください |
| 2.研修カリキュラム | ① 研修の内容について理解し、実施している。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 「いいえ」の場合、は事務局までメールにてご連絡ください。該当する専門医が不在の場合は申請不可です。 |
| | ① 常勤の日本外科学会外科専門医が1名以上在籍している。 外科専門医名 専門医認定番号 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 【提出書類】 日本外科学会ホームページから専門医名簿のコピー(該当箇所)にマーキング |
| | ② 悪性腫瘍の手術件数(生検を含む)が年間50件以上ある。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 貴施設で算出可能な1年間とする。 |
| | ③ 悪性腫瘍の手術件数(生検を含む) 例 | | 年間の件数を入力ください。貴施設で算出可能な直近の1年間(例:4月~翌3月) |
| 3.手術療法の体制 | ④ 希少疾患の専門施設である 下記から選択してください | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注:希少疾患の手術件数については審査基準を確認ください |
| | ⑤ 常勤または非常勤の日本病理学会病理専門医が1名以上在籍し、術中迅速診断が可能である。(歯科の施設の場合には、口腔病理専門医も可) 病理専門医名 専門医認定番号 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 【提出書類】 1.日本病理学会ホームページから専門医名簿のコピー(該当箇所)にマーキング 2.迅速診断依頼書および病理組織迅速診断報告書(実際に使用した同一患者の1例分) |
| | ⑥ 上記⑤が「いいえ」の場合 下記の施設と連携し、術中迅速病理診断が可能である。 (術中迅速病理診断は遠隔でも可とする) 連携施設名 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注:「いいえ」の場合、申請不可 【提出書類】 1.連携を証明するもの(検体検査委託契約書等) 2.迅速診断依頼書および病理組織迅速診断報告書(個人情報にマスク) (実際に使用した同一患者の1例分) |
| | ① 緩和ケア診療加算に関する施設基準を満たしている。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | |
| | ② 上記①が「いいえ」の場合 他職種による緩和ケアチームが整備されている。当該チームには必ず緩和ケアに関する専門的な知識および技能を有する常勤または非常勤の医師および看護師がそれぞれ1人以上含まれている。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 該当する場合は、【提出書類】を同封して提出ください。 ⑩提出書類の項もご確認ください。 |

各項目について、「はい」または「いいえ」を選択してください。

「いいえ」の場合、申請不可の項目があります。申請資格をご確認のうえ、申請ください。

該当する場合は、選択してください。

入力必須です。

該当する場合は、入力してください。

該当する場合は、【提出書類】を同封して提出ください。
⑩提出書類の項もご確認ください。

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>該当する場合は、 選択してください。</p> | <p>③ 上記①が「いいえ」の場合 定期的な病棟回診やカンファレンスを行っている。検討内容および出席者については記録を残し、関係者間で共有している。</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>【提出書類】 過去3回分の議事録のコピー（カンファレンス名/開催日時/開催場所/出席者の職、氏名/検討内容が記載されていること）</p> |
| <p>4.緩和ケアの体制</p> | <p>④ 上記②または③が「いいえ」の場合、以下に該当する。 下記から選択してください</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>注：「いいえ」の場合、申請不可</p> |
| <p>入力必須です。</p> | <p>⑤ 上記④が「はい」の場合 他施設との緊密な連携により、標準的な緩和ケアが適切に行える 連携施設名 <input type="text"/> 年間連携数 <input type="text"/></p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>注：「いいえ」の場合、申請不可</p> |
| <p>該当する場合は、 入力してください。</p> | <p>⑥ 常勤医師および歯科医師のうち、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠した緩和ケアに関する研修」の受講修了者数 <input type="text"/>名</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>各項目について、「はい」または「いいえ」を選択してください。</p> |
| <p>5.救急の体制</p> | <p>① ICUまたはHCUがある</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>該当する場合は、【提出書類】を同封して提出ください。 ⑩ 提出書類の項もご確認ください。</p> |
| <p>該当する場合は、 入力してください。</p> | <p>② 上記①が「いいえ」の場合 夜間・休日に以下のすべてについて、対応が可能である。 血液・生化学検査の実施、レントゲン撮影、CT撮影</p> <p>③ 上記①②が「いいえ」の場合、以下に該当する。 下記から選択してください</p> <p>④ 上記③が「はい」の場合 他施設との緊密な連携により、24時間体制での緊急事態への対応が適切に行える。 連携施設名 <input type="text"/> 年間連携数 <input type="text"/></p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>注：「いいえ」の場合、申請不可</p> |
| <p>6.放射線療法の体制</p> | <p>① 常勤または非常勤の日本医学放射線学会放射線治療専門医（歯科病院の場合、日本歯科放射線学会専門医でも可）が1名以上在籍し、自施設での放射線治療が可能である。 専門医名 <input type="text"/> 専門医認定番号 <input type="text"/></p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>【提出書類】 日本医学放射線学会（または、日本歯科放射線学会）ホームページから専門医名簿のコピー（該当箇所マーク）</p> |
| <p>7.相談支援・情報提供</p> | <p>② 上記①が「いいえ」の場合 下記の施設と連携し、放射線治療が可能である。 連携施設名 <input type="text"/></p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>注：「いいえ」の場合、申請不可</p> |
| <p>① がん患者さんおよびその家族に対する相談支援センターがある。</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>【提出書類】 ホームページの該当箇所のプリントアウトまたはパンフレット、リーフレットなど</p> |
| <p>② 上記①が「いいえ」の場合 がん患者さんおよびその家族に対する相談支援体制がある。</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>注：「いいえ」の場合、申請不可</p> <p>【提出書類】 ホームページの該当箇所のプリントアウトまたはパンフレット、リーフレットなど</p> |
| <p>③ 提供可能ながん医療について、ホームページまたはパンフレットなどでわかりやすく説明している。</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>注：「いいえ」の場合、申請不可</p> <p>【提出書類】 ホームページの該当箇所のプリントアウトまたはパンフレット、リーフレットなど</p> |
| <p>④ がん医療について他施設と連携しておこなっている。</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p><input type="radio"/>はい <input type="radio"/>いいえ</p> | <p>【提出書類】 ホームページの該当箇所のプリントアウトまたはパンフレット、リーフレットなど</p> |

| | | | |
|----------------|---|--|--|
| 8.薬物療法の体制 | ① 常勤または非常勤の日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医が1名以上在籍し、自施設での薬物治療が可能である がん治療薬物療法専門医名 <input type="text"/> 専門医認定番号 <input type="text"/> | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 【提出書類】 日本臨床腫瘍学会ホームページから専門医名簿のコピー（該当箇所にはマーキング） |
| | ② 上記①が「いいえ」の場合 常勤または非常勤の日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医は在籍しないが、自施設での薬物治療が可能である。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注：「いいえ」の場合、申請不可 |
| 9.定例のカンファレンス開催 | ① がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう腫瘍カンファレンスを定期的（1回/月程度）に開催し、毎回必ず記録の上、関係者間で共有している。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注：「いいえ」の場合、申請不可 【提出書類】 過去3回分の議事録のコピー（カンファレンス名/開催日時/開催場所/出席者の職、氏名/検討内容が記載されていること） |
| | ② 上記①が「はい」の場合 複数診療科の担当医師および専門的多職種に従事者が参加している。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注：「いいえ」の場合、申請不可 |
| 10.医療安全対策 | ① 医療安全管理部門が設置されている。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注：「いいえ」の場合、申請不可 |
| | ② 医療安全のための患者窓口が設置されている。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注：「いいえ」の場合、申請不可 |
| 11.治験・臨床試験等の施行 | ① 当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織(治験審査委員会、倫理審査委員会、薬事委員会等)が設置されている。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注：「いいえ」の場合、申請不可 |
| | ② 上記①の組織での検討内容および出席者については、記録を残し、関係者間で共有している。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注：「いいえ」の場合、申請不可 【提出書類】 SOPまたは過去1回分の議事録のコピー |
| | ③ 医薬品の臨床試験実施に関する基準（Good Clinical Practice：GCP）に対するガイドラインが適用されたがんの臨床試験に参加したことがある、あるいは参加が決定している。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 「はい」の場合、契約書等のコピー（マスキング可） |
| 11.治験・臨床試験等の施行 | ④ 上記③が「いいえ」の場合 治験・がんの臨床試験等の実施を受け入れる体制がある。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 【提出書類】 治験・がんの臨床試験等の実施を受け入れる体制を示すSOP、規程等のコピー 例) 治験にかかるSOP、治験規程、治験会社との契約書など 注：「いいえ」の場合、申請不可 |
| | ⑤ 上記④が「はい」の場合 CRC（治験コーディネーター）の設置状況について回答のこと (例1) CRCは専任●名常勤しています。 (例2) 治験にかかるSOPに基づき、～配置しています。 (例3) 常勤はしていませんが、契約書の通り治験実施時に治験会社より●名派遣されて行きます。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | *回答必須 11.④が「はい」の場合は回答必須です。 |
| | ⑥ 上記④が「はい」の場合 がんゲノム情報に基づいた治験への誘導など取り組みがあれば記載のこと <input type="text"/> | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 11.④が「はい」の場合で左記の取り組みがあれば記載ください。回答は任意です。 (回答任意) |

該当する場合は、入力してください。

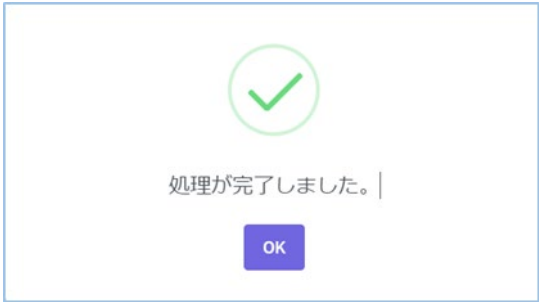
該当する場合は、【提出書類】を同封して提出ください。
 ⑩提出書類の項もご確認ください。

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| 12.セカンドオピニオン | ① 対応可能ながんについて、専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示できる、または、他施設におけるセカンドオピニオンを適切に紹介できる体制を整備している。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注：「いいえ」の場合、申請不可 【提出書類】 ホームページの該当箇所のプリントアウトまたはパンフレット、リーフレットなど |
| | ② 提供できるセカンドオピニオンの提示体制、または、他施設におけるセカンドオピニオンを適切に紹介できる体制についてホームページまたはパンフレットなどでわかりやすく説明している。 | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 注：「いいえ」の場合、申請不可 【提出書類】 ホームページの該当箇所のプリントアウトまたはパンフレット、リーフレットなど |

保存せずに戻る

入力内容を保存

「処理が完了しました。」と表示されたら、「申請2」の登録は完了です。
「編集登録完了」ボタンを押すまでは何度でも編集できます。



⑥ **編集登録完了**にする

認定施設トップページ

<Web登録>
① [編集]ボタンを押して各々の項目を入力してください。
② [編集登録完了]ボタンを押して、「各申請書」「表紙・宛名」を印刷してください。
*編集は何度でも可能ですが、[編集登録完了]ボタンを押すと編集不可となりますので十分ご確認の上、押下ください。

| | | | | |
|-------|---------|----|-------------------|------|
| 表紙・宛名 | | | 印刷 | 未 |
| 申請1 | 基本情報 | 編集 | 2024/9/2 13:44:19 | 印刷 未 |
| 申請2 | 診療・教育体制 | 編集 | 2024/9/2 13:49:22 | 印刷 未 |

*[編集登録完了]ボタンを押すと、編集不可となります。

編集登録完了

「編集登録完了」ボタンを押すと編集不可となります。
十分ご確認の上、押下ください。
「編集登録完了」ボタン押下後に、印刷可能になります。

⑦ 印刷

<Web登録>

- ① [編集]ボタンを押して各々の項目を入力してください。
- ② [編集登録完了]ボタンを押して、「各申請書」「表紙・宛名」を印刷してください。
- *編集は何度でも可能ですが、[編集登録完了]ボタンを押すと編集不可となりますので十分ご確認の上、押下ください。

| | | | |
|-------|---------|----------------------|------|
| 表紙・宛名 | | | 印刷 未 |
| 申請1 | 基本情報 | 編集 2024/9/2 13:44:19 | 印刷 未 |
| 申請2 | 診療・教育体制 | 編集 2024/9/2 13:49:22 | 印刷 未 |

* [編集登録完了]ボタンを押すと、編集不可となります。

編集登録完了

③【印刷】
表紙宛名・申請 1・申請 2 をすべて印刷してください。
 ※申請期間中、何度でも印刷することができます。
 ※全がん協加盟施設/特定機能病院/がん診療連携拠点・地域がん診療病院等(※)は、申請 2 はありません。

申請書類提出日・施設名・病院長氏名を記入してください (ゴム印可)。

<表紙印刷見本>

024-表紙
 認定番号
 施設名 がん治療大学センター

日本がん治療認定医機構
 2024年度 認定研修施設 更新申請書表紙

日本がん治療認定医機構
 資格審査委員会 委員長殿

当施設は、日本がん治療認定医機構 認定研修施設に申請いたします。


施設名 _____
 病院長氏名 _____

2024年 月 日

| 提出書類 | チェック |
|---|------|
| 申請1 基本情報 | |
| 提出必須 (在籍している場合) | |
| ※名簿の該当箇所をマーキングをしてください。 | |
| 3①日本外科学会ホームページから専門医名簿のコピー | |
| 3②日本病理学会ホームページから専門医名簿のコピー | |
| 6①日本医学放射線学会 (または日本放射線学会) ホームページから専門医名簿のコピー | |
| 6②日本臨床腫瘍学会ホームページから専門医名簿のコピー | |
| ※提出いただく書類の右上に以下の各番号を記載すること。 ※公開できない情報が含まれている場合には、当該箇所をマスキング (塗りつぶし) してください。 | |
| 3⑤⑥【必須】 迅速病理診断および病理組織迅速診断報告書 (1例) | |
| 3⑤⑦【必須】 迅速病理診断の連携を証明するもの (検体検査委託契約書等) | |
| 4③緩和ケアカンファレンスの過去3回分の議事録のコピー | |
| 7①がん患者に対する相談支援センターについて説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | |
| 7②がん患者に対する相談支援体制について説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | |
| 7③提供可能ながん治療について説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | |
| 7④がん医療の施設との連携について説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | |
| 9①キーエンサーボードあるいは連携カンファレンスの過去3回分の議事録のコピー | |
| 11②【必須】 治験審査委員会の標準業務手順書 (SOP) または過去1回分の議事録のコピー | |
| 11③がんの臨床試験参加の契約書等のコピー (1件) | |
| 11④治験・がんの臨床試験等の実施を受け入れる体制を示す。規程等のコピー | |
| 12①【必須】 セカンドオピニオンを提示できることを説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | |
| 12②【必須】 提供できるセカンドオピニオンの提示体制または他施設に紹介できる体制について説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | |

病院長公印を押印ください (個人印不可)。

例



表紙のチェック表にチェックを付け、申請書類一式がそろっていることを確認してください。次項⑩提出書類もご確認ください。

⑧ 提

| | 提出する申請書類 | (a) システムで 登録・ 印刷 | (b) ご自身 で 用意 | (よくお読みください) 作成時の注意事項 | |
|---------------------------------------|-------------------|---|---------------------------------|---|---|
| 1 | 表紙 | ○ | — | 申請日、施設名、病院長氏名の記入(ゴム印可) 病院長の公印要(個人印不可) | |
| 2 | 申請1 (基本情報) | ○ | — | | |
| 3 | 在籍している場合提出必須 | 申請2 (診療・教育体制) | ○ | — | |
| | | 3①日本外科学会ホームページから専門医名簿のコピー | — | ○ | 名簿の該当箇所にマーカーしてください。 |
| | | 3①日本病理学会ホームページから専門医名簿のコピー | — | ○ | 名簿の該当箇所にマーカーしてください。 |
| | | 6①日本医学放射線学会(又は日本歯科放射線学会)ホームページから専門医名簿のコピー | — | ○ | 名簿の該当箇所にマーカーしてください。 |
| | | 8①日本臨床腫瘍学会ホームページから専門医名簿のコピー | — | ○ | 名簿の該当箇所にマーカーしてください。 |
| 4 | 回答内容に応じて提出 | 3⑤⑥ 必須 迅速診断依頼書および病理組織迅速診断報告書 | — | ○ | 実際に使用した依頼書・報告書のセット1例分 (同一患者のもの)であること。 迅速診断であることが明記されていること。 個人名等個人識別情報はマスキングする(但し、依頼書と報告書がセットであることがわかるよう病理番号やオーダーIDなど判別できるものを残すこと) |
| | | 3⑤⑥術中迅速病理診断頼書の連携を証明するもの(検体検査委託契約書等) | — | ○ | |
| | | 4③ 緩和ケアカンファレンスの過去3回分の議事録のコピー | — | ○ | 必須項目1)カンファレンス名/2)開催日時/3)開催場所/4)出席者の職、5)氏名/検討内容 パソコンで作成した文書が好ましい。手書きのものについては判読不能なものは不可。電子カルテ等のカンファレンス記録も可(但し、いずれも必須項目1)~5)が含まれていること) |
| | | 7① がん患者に対する相談支援センターについて説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | — | ○ | |
| | | 7② がん患者に対する相談支援体制について説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | — | ○ | |
| | | 7③ 提供可能ながん医療について説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | — | ○ | 提供可能な「がん医療」についてわかるものであること。 |
| | | 7④ がん医療の他施設との連携について説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | — | ○ | 「がん医療」の他施設連携の内容であること。 |
| | | 9① 必須 腫瘍カンファレンスの過去3回分の議事録のコピー | — | ○ | 必須項目1)カンファレンス名/2)開催日時/3)開催場所/4)出席者の職、5)氏名/検討内容 パソコンで作成した文書が好ましい。手書きのものについては判読不能なものは不可。電子カルテ等のカンファレンス記録も可(但し、いずれも必須項目1)~5)が含まれていること) |
| | | 11② 必須 治験審査委員会等の標準業務手順書(SOP)または過去1回分の議事録のコピー | — | ○ | 当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織(治験審査委員会、倫理審査委員会、薬事委員会等)の標準業務手順書または過去1回分の議事録のコピー |
| | | 11③ がんの臨床試験参加の契約書等のコピー | — | ○ | 公開できない情報が含まれている場合には、当該箇所をマスキング(塗りつぶし)してください。但し、がんの臨床試験であることがわかる部分を残してください。 |
| 11④ 治験・がんの臨床試験等の実施を受け入れる体制を示す、規程等のコピー | — | ○ | 治験にかかる SOP、治験規定、治験会社との契約書のコピーなど | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 12① 必須 セカンドオピニオンを提示できることを説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | - | ○ | |
| 12② 必須 提供できるセカンドオピニオンの提示体制または他施設に紹介できる体制について説明しているホームページまたはパンフレットのコピー | - | ○ | |

4. 郵送

表紙・申請書1・申請書2・提出書類 一式を郵送してください。

※全がん協加盟施設/特定機能病院/がん診療連携拠点・地域がん診療病院等は、**表紙・申請書1**のみのご提出になります。

印刷した**宛名**を使用ください。
表紙の2枚目に出力されます。

＜申請の注意事項＞

- Web 登録画面へのログイン期限は、**2024年10月16日(水)**です。
その後は、閲覧・登録・印刷は一切できませんのでご注意ください。
- 提出書類は、全て A4 サイズに揃え、コピーあるいは PDF などでお手元に保管ください。
一度提出された申請書類は、一切返却できません。また、過去の申請書類の照会、お問い合わせには対応いたしかねます。
- **申請書に虚偽あるいは偽造が認められた場合、認定医制度規則 施行細則 第 37・45 条により処罰いたします。**

＜送付時の注意事項＞

- 書類提出期限は、**2024年10月16日(水)消印有効**です。
- 郵便局の簡易書留・一般書留、レターパック(赤)にて送付してください。
普通郵便あるいはレターパックライト(青)で送付し、何らかの事情で不着となった場合、申請書類提出期限後の再提出は認めません。

＜郵便局のレターパック(赤)で送付する場合＞

- ① 申請書類一式を A4 サイズ(角2)の封筒に入れる。
- ② ①の封筒のおもてに上記宛名を貼り付ける。
- ③ 封筒ごとレターパックに入れて投函する。

以上