

関係 施設長 殿

関東甲信越地域小児がん医療提供体制協議会 会長
国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 理事長

五十嵐 隆
(公印省略)

小児がん連携病院の新規指定申請について

標記については、「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」(令和 4 年 8 月 1 日発出健発第 0801 第 17 号厚生労働省健康局長通知 別添 以下「指針」という。)のⅢにおいて規定されているところである。関東甲信越地域小児がん医療提供体制連絡協議会では、添付のとおり新規指定申請の要件および書類の様式を定めたので、通知する。

記

1. 小児がん連携病院の指定を受けようとする医療機関は、必要書類一式を令和 5 年 5 月 31 日(水)までに関東甲信越地域小児がん医療提供体制連絡協議会事務局に提出すること。なお、本期限を過ぎた申請書は一切受け付けないことを申し添える。
2. 提出された書類をもとに、指定要件の充足状況等についての確認を行い、審査を行う予定である。なお、申請書の内容については、小児がん連携病院の指定を受けようとする医療機関へ照会を行うことがあることを申し添える。
3. 記載に当たっては、欄外の指示や単位等に従うこと。なお、(様式 2)に関しては、資料 3「小児がん診療施設 情報公開」における入力に関する注意」に従い作成すること。
4. 小児がん連携病院に指定された場合の指定期間は、令和 5 年 9 月 1 日～令和 9 年 8 月 31 日とする。

○提出方法

下記事務局宛に郵送にて提出すること (令和 5 年 5 月 31 日(水)必着)
157-8535
東京都世田谷区大蔵 2-10-1
国立成育医療研究センター 小児がんセンター
関東甲信越地域小児がん医療提供体制連絡協議会事務局

○提出書類

- ・(様式 1) 小児がん連携病院の指定申請について
 - ・(様式 2) 小児がん連携病院 診療情報
- ※(様式 2)に関しては、2022 年度に情報公開を提出した施設は提出不要。未提出の施設、並びに、修正が必要な施設のみ提出すること。(同封書類確認。同封がない施設は要提出)

○本件に係る照会先

関東甲信越地域小児がん医療提供体制連絡協議会 事務局
事務担当：佐々木莉也子 Email : kkseshounigan@ncchd.go.jp