

【様式 gc2-3】

## 大学院認定遺伝カウンセラー認定養成課程 変更申請書

西暦 年 月 日

認定遺伝カウンセラー制度委員会 殿

- ・ 認定養成課程登録番号： P-
- ・ 認定養成課程名称：
- ・ 現在の認定期間： 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

上記認定養成課程において、以下の項目についての変更がありました。別紙にその主要な変更点を記載し、提出しますので、引き続き認定養成課程としての認定を受けたく申請します。

変更点：

- 認定養成課程名称
- 認定養成課程責任者：認定養成課程責任者が変更になる場合は、履歴書を添付
- 認定養成課程カリキュラム
- その他（ ）

※ 該当する口にレ印を付けてください。

所在地 〒

\_\_\_\_\_

認定養成課程名称

\_\_\_\_\_

大学院研究科長

\_\_\_\_\_ 公印

認定養成課程責任者

\_\_\_\_\_ 印

<変更届送付先>

必要事項を記載し、大学院研究科長公印及び認定養成課程責任者印を押印後、認定遺伝カウンセラー制度委員会事務局宛にお送り下さい。

〒100-0003

東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル

株式会社 毎日学術フォーラム 内

認定遺伝カウンセラー制度委員会事務局

Tel. 03-6267-4550 Fax. 03-6267-4555 E-mail: jbgc-info@mynavi.jp

## 別紙

当施設は、認定遺伝カウンセラー制度規則における大学院遺伝カウンセラー認定養成課程に認定されていますが、下記項目についての変更がありました。つきましては、引き続き認定養成課程の認定を受けたく、認定遺伝カウンセラー制度規則に基づき、ここに変更を申請します。

**変更点（該当する項目に変更点を記入してください。）：**

認定養成課程 正式名称	新		
	旧		
同上所在地	新	〒	
	旧	〒	
同上電話/FAX	新	電話：	FAX：
	旧	電話：	FAX：
研究科長・ 職名・氏名	新	職名・氏名	
	旧	職名・氏名	
認定養成課程 責任者名	新	所属・職名・氏名	
	旧	所属・職名・氏名	
認定養成課程 HP アドレス	新	http://www.	
	旧	http://www.	
事務連絡先	新	担当者氏名： 所属部・課(科)名： 電話： E-mail：	FAX：
	旧	担当者氏名： 所属部・課(科)名： 電話： E-mail：	FAX：



4) 認定養成課程カリキュラムに変更がある場合は、以下の表に変更予定の科目について記載し、別表【様式 gc2-4】及び必要な資料\*<sup>3)</sup>を添付すること。

科目名	単位数	必修・選択等の別	講義・演習・実習等の別	科目の概要	変更内容
					追加／削除
					追加／削除
					追加／削除
					追加／削除
					追加／削除
					追加／削除
					追加／削除

\*記載上の注意

- 1) カリキュラムの詳細については、専門コース独自の工夫があるべきと考えていますが、認定遺伝カウンセラー到達目標 ([https://plaza.umin.ac.jp/~GC/Data/2022\\_attainment\\_target.pdf](https://plaza.umin.ac.jp/~GC/Data/2022_attainment_target.pdf)) に合致するようにしてください。
- 2) 大学院修了要件(単位数など)や実習・演習の扱いについては専門コース所属の大学院の規定に従ってかまいませんが、到達目標が達成されていることが条件になります。
- 3) 追加予定の科目についてはシラバスを添付してください。
- 4) カリキュラムの策定および単位の設定においては、日本遺伝カウンセリング学会誌：24 (2) 63-77 (2003) の旧到達目標も参照ください。