

様式第5号(第6条関係)

真庭市若年がん患者妊孕性温存治療後の凍結保存更新実施証明書

以下のとおり、妊孕性温存治療を実施した被実施者に対して保存を継続する意思の有無を確認し、同意を得た上で実施した凍結保存の更新についての費用を徴収したことを証明します。

____年 ____月 ____日

医療機関の名称 _____

医療機関の所在地 _____

妊孕性温存治療主治医氏名 _____ 印

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな	_____
	氏名	_____
	生年月日	____年 ____月 ____日
凍結保存更新日	____年 ____月 ____日	
凍結保存期間	____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日	
保存内容	精子 ・ 未受精卵子 ・ 胚(受精卵) ・ 卵巣組織	
領収金額合計	____円	

備考 日本産科婦人科学会「精子の凍結保存に関する見解」「医学的適応による未受精卵子、胚(受精卵) および卵巣組織の凍結・保存に関する見解」に基づくものとする。