

長野県卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業指定医療機関申請書

長野県知事 様

開設者の住所（事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の名称と代表者の職・氏名）

長野県卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業実施要綱第 9 による医療機関として指定を受けたいので下記のとおり申請します。

なお、指定の上は、「卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業 妊孕性温存療法・温存後生殖補助医療を行う医療機関の指定基準」に定める事項に従います。

|                                                               |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関                                                          | 名 称     |                                      |  |  |  |  |  |  |
|                                                               | 所在地     |                                      |  |  |  |  |  |  |
|                                                               | 電話番号    |                                      |  |  |  |  |  |  |
|                                                               | 医療機関コード |                                      |  |  |  |  |  |  |
| 開 設 年 月 日                                                     |         | 年 月 日                                |  |  |  |  |  |  |
| 体外受精・胚移植の臨床実施について                                             |         | 年 月 日本産科婦人科学会登録                      |  |  |  |  |  |  |
| ヒト胚および卵子の凍結保存と移植について                                          |         | 年 月 日本産科婦人科学会登録                      |  |  |  |  |  |  |
| 顕微授精について                                                      |         | 年 月 日本産科婦人科学会登録 ・ 登録なし               |  |  |  |  |  |  |
| (ふりがな)<br>管理者氏名                                               |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
| (ふりがな)<br>実施責任者氏名                                             |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
|                                                               |         | 常勤 ・ 非常勤 / 日本生殖医学会認定生殖医療専門医の資格 有 ・ 無 |  |  |  |  |  |  |
| 実施医師氏名                                                        |         | ※別添実施医師名簿のとおり                        |  |  |  |  |  |  |
| 標榜している診療科名                                                    |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
| 添付書類                                                          |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
| 1 誓約書                                                         |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
| 2 常勤証明書                                                       |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
| 3 実施医師名簿                                                      |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
| 4 公益社団法人日本産科婦人科学会の定める学会見解に基づく諸登録の申請受理通知書または更新申請受理通知書の写（最新のもの） |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
| 5 卵子凍結実施に当たっての対象者への説明文書及び同意書様式（医療機関で使用しているもの）                 |         |                                      |  |  |  |  |  |  |
| 6 生殖医療専門医の認定証の写                                               |         |                                      |  |  |  |  |  |  |