

妊孕性温存治療実施日証明書

以下のとおり、都道府県が定める指定医療機関の妊孕性温存治療を受け、凍結保存した対象者の検体（精子、卵子、胚（受精卵）又は卵巢組織）の凍結保存を行ったことを証明します。

医療機関記入欄（妊孕性温存治療を実施した医師がご記入ください。）

対 象 者	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	(実施日	歳)
内 容	凍結保存した検体の種類（凍結保存実施日）	<input type="checkbox"/> 精子	(	年 月 日)
	※凍結保存した検体の <input type="checkbox"/> にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ※もし複数日に渡って凍結した場合は、各()の下の余白に終了日を記入してください。	<input type="checkbox"/> 未受精卵子	(	年 月 日)
		<input type="checkbox"/> 胚（受精卵）	(	年 月 日)
		<input type="checkbox"/> 卵巢組織	(	年 月 日)
証明書記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
医療機関名 _____				
住所 _____				
妊孕性温存治療実施主治医氏名 _____ (※自署)				