

妊孕性温存治療実施日証明書

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

対象者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	年	月	日
凍結保存した組織等 （該当の番号に○をつけてください）		1 精子 2 未受精卵子 3 胚（受精卵） 4 卵巣組織		
妊孕性温存治療実施日（※1） （複数日にわたって凍結した場合は、（ ）内に実施開始日～終了日と記載。上記1～4それぞれを凍結した場合は、それぞれ記載してください。）		年 月 日 （ ）		
証明書記入日 年 月 日				
医療機関名 _____				
住所 _____				
主治医氏名 _____ （※自署）				

※1 精子、未受精卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織の凍結保存を行った日をいう。